376
يونيو
2010





التوحد بين العلم والخيال

تأليف: لورا شريبمان
ترجمة: د. فاطمة عيّاد

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

عالم المعرفة

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978

أسسها أحمد مشاري العدواني (1923-1990) ود . فؤاد زكريا (1927-2010)

376

التوحد بين العلم والخيال

تأليف: لورا شريبمان

ترجمة: د. فاطمة عيّاد



يونيو 2010



سلسلة شهرية يصدرها
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

سعر النسخة

الكويت ودول الخليج	دينار كويتي
الدول العربية	ما يعادل دولارا أمريكيا
خارج الوطن العربي	أربعة دولارات أمريكية

الاشتراكات

دولة الكويت

للأفراد	15 د. ك
للمؤسسات	25 د. ك

دول الخليج

للأفراد	17 د. ك
للمؤسسات	30 د. ك

الدول العربية

للأفراد	25 دولارا أمريكيا
للمؤسسات	50 دولارا أمريكيا

خارج الوطن العربي

للأفراد	50 دولارا أمريكيا
للمؤسسات	100 دولار أمريكي

تسدد الاشتراكات مقدما بحوالة مصرفية باسم المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب وترسل على العنوان التالي:
السيد الأمين العام
للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب
ص. ب: 28613 - الصفاة
الرمز البريدي 13147
دولة الكويت
تليفون: 22431704 (965)
فاكس: 22431229 (965)
www.kuwaitculture.org.kw

ISBN 978 - 99906 - 0 - 313 - 2

رقم الإيداع (2010/197)

العنوان الأصلي للكتاب

The Science and Fiction of Autism

by

LAURA SCHREIBMAN

Harvard University Press
Cambridge, Massachusetts, London, England

طُبع من هذا الكتاب ثلاثة وأربعون ألف نسخة

جمادى الآخرة 1431 هـ - يونيو 2010

المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر عن رأي كاتبها
ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

المحتوى

الخفية 7

مقدمة 9

الفصل الأول:
تقييم نقدي لموضوعات متعلقة بالتوحد 15

الفصل الثاني:
سمات التوحد 35

الفصل الثالث:
التشخيص والتقييم 59

الفصل الرابع:
ما هي أسباب التوحد؟ 89

الفصل الخامس:
هل هناك عجز جوهري في التوحد؟ 125

الفصل السادس:
تطوير علاجات فعالة للتوحد 153

الفصل السابع:
هل الأساليب العلاجية الأخرى فعالة؟ 193

الفصل الثامن:
معجزة للشفاء أم علاج كاذب؟ 231

الفصل التاسع:
التدخل المبكر و«الشفاء» والعلاج «الأفضل» 259

الفصل العاشر:
تعليم الأطفال التوحديين 287

الخاتمة: 301

الهوامش 305

الخفية

لقد ذهبنا إلى الشرق
لزيارة عمتي برندا والعم بيتر
قيل لي أحيانا إن ابن عمتي لديه شيء
يدعى التوحد
لقد كان الجميع متفائلين جدا حول الموضوع
فلم أفكر فيه كثيرا
لم أفكر قط في أنه مشكلة، لكنه مجرد شيء
مثل الوحمة أو الشامة.

لقد أخذنا السيارة من المطار إلى منزلهم
وعند الباب انحنيت على ريد لأقبله.

ولكنه لم ينظر إليّ.
نظر إليّ، ولكن بدا وكأنه لا يراني
بل يرى من خلالي وكأنني خفية.

لقد شعرت بالحزن الشديد
وأصبت بالرعب لدرجة أنني بدأت في البكاء.

وحاولت مرة أخرى في ذلك اليوم
جلست على ركبتي وناديته باسمه
فاستدار وأخذ يركض في اتجاهي.

تسارعت ضربات قلبي المفعم بالأمل
ولكنه مر من تحت ذراعيّ المفتوحتين له
وبسرعة اتجه إلى لعبة الطبل الخاصة به، ثم بدأ العزف عليها.

بدأت أغضب.
لماذا قال لي الجميع إن التوحد ليس بالأمر الصعب؟

إنه أمر صعب
لقد بدا ريد وكأنه سجين في عالمه الصغير
وددت لو أنني أستطيع نزع المشكلة من داخل جسمه الصغير بضمه إلي.

فيما بعد، كنت أشاهد التلفزيون مع عمتي وزوجها
وفجأة أحسست أن أحدا يمسك بيدي
ونظرت إلى الأسفل.. كان ريد
لقد كان يحدق في شيء ما بالغرفة
وفي الوقت نفسه
كان شارد الذهن ويمسك بيدي
أمسكت بيده
ونظرت إلى وجهه الذي ينم عن الوحدة
لم يكن ينظر إليّ البتة
ولكنه ببساطة حاول إمساك أي شيء
لقد كان يمكنه أن يصل إلى الكرسي ويمسك به
وعلى الرغم من أنه لم يستطع أن يحبني
فقد أحببته
قد يكون كافيا أن تحب شخصا ما في هذا العالم الصعب،
حتى إن لم يبادلك الحب.
ولقد كان.

جوليا روز إيروف
(العمر 12سنة)



مقدمة

«إن الجدل والنقاش لا يشكلان بالضرورة معضلة، بل عادة ما يكونان المحرك الذي يضمن لعجلة الاكتشافات المضي قدما»

المؤلفة

بيتر، طفل جميل في الخامسة من العمر، ذو عينين زرقاوين، وشعر أشقر. يبدو بيتر طبيعيا كأي طفل في مثل عمره، جسمه متناسق، نشيط ومفعم بالحيوية. لكننا على الرغم من هذا المظهر الطبيعي لا نلبث أن نلاحظ أن بيتر لا يتصرف كالأطفال الطبيعيين. فهو لا يتواصل مع الأطفال الآخرين في فصله، بل إنه يتجنب ذلك. يفضل الوحدة، فهو غير مرتبط بوالديه أو أي أحد آخر. وبدلا من أن يستخدم الألعاب بصورة مناسبة يمضغها ويحدق فيها. لا يتواصل مع الآخرين لغويا، لكنه يعيد مقاطع من الإعلانات التلفزيونية أو محادثة كان قد سمعها من الآخرين كالببغاء، يصاب بنوبات غضب شديدة قد تستمر لساعة أو أكثر لأسباب

تافهة، كمشـــاهدة أحد الأدراج مفتوحـــا، أو تغيير في الرف الذي كان قد وضع عليه مجموعة من الســـيارات الصغيـــرة وفق ألوانها، أو إبعاد إحدى علـــب الخردل التي يصر علـــى اصطحابها معه في كل وقت. خلال ثورات الغضـــب هذه يضرب بيتر أحيانا رأســـه في الأرض أو يعض يديه، وهناك الكثير من التقرحات في يديه نتيجة لعضها بصورة متكررة.

عندما لا يكون مشـــغولا بأمور أخـــرى يعمد بيتر إلى القفز المتكرر في الوقت الذي يصفق فيه بيديه وهو يصفر. لقد حاول المدرســـون مساعدته بأساليب عدة. أما والداه اللذان فشلا في التواصل والاقتراب منه عاطفيا، علـــى الرغم من محاولاتهما العديدة، فقد أصيبا بالإحباط الشـــديد، لقد أصبحت حياتهما أكثر تعقيدا بســـبب عدم استطاعتهما اصطحابه معهما إلى الخارج لسلوكه المدمر والغريب والمخجل. فطفلهما يعاني من التوحد.

طفل مثل بيتر يختلف بوضوح عن الأطفال الطبيعيين في جوانب عدة، وهذا بدوره يشـــكل تحديا ليس للأسرة فقط، بل من الواضح أنه يؤثر في العائلة الممتدة، والعلماء، والنظام التربوي، وبالتأكيد في المجتمع كله.

التوحد اضطراب شـــديد يظهر قبل سن الثالثة، ويتميز بمجموعة من الأعراض المتلازمة والإعاقات السلوكية التي بهرت وأثارت اهتمام كثير من العلماء، ومازالت تشـــكل تحديا لهم منذ أكثر من خمسين عاما. لقد جذب التوحد قـــدرا هائلا من اهتمام علماء النفس والأطباء النفســـيين وأطباء الأطفـــال، واختصاصيي الأعصـــاب والمربين والمختصـــين بالاضطرابات اللغوية، فضلا عن الآباء، وذلك لما له من تأثير واضح في الأسرة والمجتمع، ولمـــا يتميز به من أعـــراض غريبة ومثيرة، بالإضافة إلـــى تأثيره في حياة الطفـــل المصاب بالتوحد والمحيطين به. كما اســـتحوذ التوحد على اهتمام العامة متأثرين بالأفلام وبوســـائل الإعلام المرئية والمسموعة التي تناولت التوحد. وإذا أخذنا في الاعتبار الندرة النســـبية للتوحد مقارنة بالإعاقات الأخرى، يمكننا القول إنه حصل على أكثر من حصته من الاهتمام.

وينفـــرد التوحد ليس فقط بمجموعـــة الأعراض التي تميزه، ولكن بما أثـــاره من جدل بين المختصين والمهتمين بفهمه وعلاجه، فمنذ وصف كانر (Leo Kanner) أعراض التوحد في العام 1943، ثار كثير من الجدل عن

أســبابه وأعراضه وطرق علاجه. كثير من الأمور المتعلقة بالتوحد مازالت موضوعا للجدل حتى يومنا هذا، وعادة ما تستجد موضوعات جديدة تثير الاهتمام. وبشــكل عام يمكن القول إنه لا يوجد اتفاق بشأن أي جانب من جوانب التوحد باستثناء الإجماع على أنه اضطراب خطير ومعيق للإنسان يؤثر في جميع جوانب سلوكه وحياته.

كيف نفســر هذا الجدل والاختلاف المستمر؟ إن الجدل عادة ما يكون حــول الأمور غير الواضحة وغير المتفق عليها، وهذا بالفعل هو الحال مع التوحد. فعلى الرغم من أن معارفنا عن هذا الاضطراب وكل جوانبه أفضل بكثير الآن مما كانت عليه منذ سنوات قليلة مضت، فإن هناك الكثير مما لم نعرفه بعد، مما يشكل تحديا هائلا للمهتمين بالأفراد المصابين بالتوحد والمسؤولين عنهم.

إن الجدل والنقاش لا يشــكلان بالضرورة معضلة، بل عادة ما يكونان المحرك الذي يضمن لعجلة الاكتشــافات المضي قدما. كما أن الاختلافات عادة ما تؤدي بنا إلى فهم أفضل للمشــكلة وتســليط الضوء على مشاكل أخــرى مرتبطة بهــا. ولأن التوحد له جوانب اجتماعيــة ومعرفية ولغوية ونمائيــة، فإن فهــم أي جانب منها يســاعد على التعــرف على الجوانب الأخــرى. وبالتحديد فإن البحث وطرح الأســئلة حول التوحد ســيتطلب دراســة وبحث وحتى مراجعة المبادئ والمعلومات الأساســية المرتبطة بهذا الاضطــراب، فضلا عن أن زيادة الوعي حول التوحد تزيد من معارفنا في مجال الإعاقات الأخرى. وقد يكون هذا هو الســبب وراء بقاء التوحد في مقدمة اهتمامات أبحاث علم نفس النمو وعلم الاضطرابات النمائية.

أهــدف من وراء هــذا الكتاب إلى تقديم معلومــات وافية عن التوحد بأســلوب يختلف عــن المعالجات المعتــادة. وبدلا من تقــديم عرض عام لموضوعات التوحد، مثل أعراضه وأســبابه وغير ذلك، سنعرض الموضوع بطريقــة تتركز حول النقــاش والجدل اللذين يحيطان بــه. وهكذا، ففي الوقــت الذي ســنناقش فيه كل جوانب التوحد بصــورة مفصلة، فإن هذا الكتاب ســيتناول هذه الجوانب في سياق الجدل ووجهات النظر المختلفة التي تدور حول التوحد.

وحيث أني قمت بإخراج الكتاب بهذه الطريقة، كان علي أن أحدد ما الذي يجعل أمرا ما جدليا، ومن ثم اتخاذ قرار حول العينة أو الأعراض التي يمكن أن تشملها الدراسة مثلا. لقد كان تحديد بعض المواضيع سهلا والبعض الآخر كان أقل وضوحا وسهولة. وقد اقترحت أربعة معايير للمواضيع التي يتضمنها الكتاب، وهذه المعايير هي:

1 – أن يكون له تأثير مهم وبالغ في حياة الأفراد المصابين بالتوحد وأسرهم.

2 – أن يعكس موضوعين جدليين على الأقل، لكل منهما درجة معينة من الصدق.

3 – أن يكون ذا طبيعة نظرية أو منهجية مهمة في مجال التوحد والنمو الطبيعي.

4 – أن يؤدي إلى التطور في مجال البحث في التوحد وعلاجه.

ولم يكن من الصعب إيجاد عدد كاف من المواضيع لتضمينها في الكتاب.

إن أحد الأهداف الرئيسية لهذا العمل هو تقييم المواضيع الجدلية، وتحديدا ما إذا كان تطبيق الأساليب العلمية في التقييم سيقودنا إلى الوصول إلى حل للمشاكل العالقة. ومن هنا من الضروري أن نوضح كيف تقيَّم تلك المواضيع بأسلوب علمي ودقيق. وهذا بدوره يتطلب توصيف واستخدام أساليب التقييم والبحث العلمي الموضوعية والابتعاد عن الأساليب الذاتية، والشهادات العامة، والحالات الفردية، والروايات. ومن الضروري أيضا مراجعة وتقييم الأساليب العلمية التي استُخدمت للتأكد من موضوعيتها ودقتها، حيث إن استخدام أساليب غير دقيقة يساوي في ضرره عدم تطبيق الأسلوب العلمي. هناك بعض المواضيع التي تم الوصول إلى اتفاق بشأنها، كما سنرى في هذا الكتاب، لكننا سنذكرها لأهميتها التاريخية، ولتوضيح الآثار السلبية التي قد يقود إليها الفشل في استخدام الأساليب العلمية والموضوعية للوصول إلى المعلومات. إن الجدل والاختلاف مازالا قائمين حول بعض المواضيع، سأحاول استخدام أسلوب علمي وموضوعي للوصول

إلــى حلول لتلــك الاختلافات كلما أمكن ذلك. وآمل أن يســاعد هذا الكتاب القارئ على تقييم المواضيع الجدلية التي مازالت قائمة أو التي ستظهر فيما بعد.

أبــدأ بعرض موضــوع جدلي مــازال موضعا للنقاش وهــو المفاهيم التي يمكن أن تســتخدم في وصف وتســمية الفئة التــي تعاني من ذلك الاضطراب، فهل من الأفضل أن نشــير إليهــم بالأطفال التوحديين؟ أم الأطفال المصابين بالتوحد؟

لقد استخدمت تسمية الأطفال التوحديين سنوات عديدة سابقة، غير أن بعض المدافعين عن حقوق التوحديين يعتقدون أن هذه التسمية خاطئة، ويــرون أن مفهوم أو تعبيــر الأطفال المصابين بالتوحــد ملائم أكثر، وفق تفســيرهم، فإن اســتخدام كلمة «توحدي» أولا تشــير إلى أن التوحد هو الأساس والصفة الرئيسة للإنسان، أما تعبير «الأطفال المصابين بالتوحد» فهو يشير إلى أن الفرد هو إنسان في المقام الأول والتوحد صفة أو مشكلة يعانــي منها. ومع ذلك فإن الكثيرين يختلفون مع وجهة النظر هذه، ومنهم برنــارد ريملاند، وهو والــد لطفل توحدي ومؤســس الجمعية الأمريكية للتوحــد. فهــو يعتقد أن التوحد هو الحالة التي يعانــي منها طفله، والتي تصبغه بصبغتها وليس مجموعة من الأعراض فقط.

أرى أن كلتا وجهتي النظر منطقية، لذلك سأستخدمهما بشكل متبادل ومترادف طوال الكتاب.



WHITE

1

تقييم نقدي لموضوعات متعلقة بالتوحد

«إن الاعتقاد بالسبب النفسي للتوحد أدى، طوال سنوات عدة، إلى إعاقة البحث عن الأساس البيولوجي له، كما أعاق التوصل إلى أساليب علاجية فعالة. وهكذا، أضعنا كثيرا من الوقت والجهد والمال ونحن نبحث في الاتجاه الخطأ».

المؤلفة

– نعتقد أن الأبحاث في مجال التوحد ستتقدم وتتطور كما هي الحال في المجالات الأخرى التي تتقبل معايير البحث العلمي ونتائج الأبحاث أينما تؤدي.

دونالد ج. كوهن وفريد ر. فولكمار
«كتاب التوحد والاضطرابات النمائية الشائعة»، 1997.

– تكمن مهمة المعهد القومي للصحة النفسية في تخفيف العبء الناتج من الأمراض العقلية، من خلال تطبيق نتائج الأبحاث والدراسات العلمية. ورسالتنا هذه تتطلب منا الاستعانة بالأدوات العلمية الدقيقة، وذلك للوصول إلى فهم أفضل لتلك الأمراض وعلاجها والوقاية منها وهي الهدف النهائي.

الوثيقة الرسمية لأهداف المعهد القومي الأمريكي للصحة النفسية
(الولايات المتحدة الأمريكية) 2001.

– على الرغم من مجانية العلاج والرعاية، فإن مؤسسات مثل الأكاديمية الأمريكيــة لطب الأطفال، والمؤسســة الطبية الأمريكيــة، والمعهد الوطني للطب النفســي، والمؤسســة الأمريكية للطب النفســي ومثيلاتها، أضرت بالأطفال التوحديين وأسرهم بدلا من تقديم العون لهم.

برنارد ريملاند، متحدثا إلى الجمعية الأمريكية للتوحد، 2001.

يكتظ مجال التوحد بالأســاطير غير المقبولة، والآمال الضائعة، والسبل غيــر المجدية للعلاج. مــا أصاب كثيرين بالإحباط والألــم، بمن فيهم الآباء والمختصــون، فكيف وصل بنا الأمر إلى هذا الحد؟ إن مجال التوحد معرض وقابــل للتأثر بكثير من الاعتقادات الخاطئــة، والأدوية الزائفة، مثل العلاج بزيت الثعبان، وغير ذلك من أســاليب العلاج المقترحــة، وهذا أمر طبيعي، لأننا نتعامل مع اضطراب مدمر لم نجد له تفسيرا حتى يومنا هذا. وقد فتح الجهل بالتوحد المجال لكثير من النظريات والأفكار، بعضها صحيح، والبعض الآخر لا علاقة له بالموضوع، ومنها ما هو خطأ بالغ، بل ما هو ضار أيضا.

إن الأمل في إيجاد إجابات صحيحة ومفيدة، وأفضل دفاع ضد الأفكار والإجابــات الخاطئة هو أن نُقيّم المعلومات التي تصل إلينا بشــكل علمي ناقــد، إذ يصل إلينا، وبشــكل يومي تقريبا، كم هائل مــن المعلومات حول التوحد عن طريق المجلات، والصحف اليومية، وأجهزة التلفاز، والسينما، وأخيرا وبشــكل متعاظم عن طريق الإنترنت. إن أفضل وسيلة لتقييم تلك المعلومات تقييما علميا وموضوعيا هي الاستناد إلى المبادئ التالية:

(1) الملاحظة الدقيقة.

(2) الاختبارات المقننة والمخططة.

(3) تفسير تلك المعلومات بحذر ودقة.

من المهم جدا أن نتذكر أن المعلومات التي لدينا بشأن التوحد وأساليب العلاج الفعالة له هي معلومات مستقاة أو نابعة من أبحاث علمية دقيقة.

ولا يحتــاج الفرد منا إلى أن يكون عالما لكي يســتطيع تقييم المعلومات بصورة علمية، بل يحتاج فقط إلى أن يكون موضوعيا وناقدا بشكل مناسب وحيادي. وعلى الرغم من أن قليلين منا باحثون متدربون، فإن الجميع لديه إمــكان تقييم وتحليل المعلومات التي تصــل إليه بطريقة علمية، خصوصا

إذا كنا علـــى دراية بما نبحث عنه. وعندما نواجَــه بادعاءات يتعين علينا طرح أســئلة دقيقة وناقدة تســمح لنا بالوصول إلى استنتاجات حول دقة تلك الادعاءات. ويمكننـــا التفكير النقدي من قطع الطريق أمام الصخب، والادعـــاءات المثيرة، والأمنيات الزائفة. وأحيانا تكون الحقيقة مؤلمة (مثال ذلك، إذا اكتشــفنا أن الادعاء بقدرة علاج ما على شــفاء التوحد كاذب)، ولكن المضي قدما في طرق مســدودة لن يجدي شــيئا، والســعي في تلك الطرق العقيمة ليس ســوى هــدر للوقت والمال والجهــد على نظريات لا تضيف شيئا إلى العلم، وأساليب علاج فاشلة.

ولتوضيح ذلك دعنا نُلق نظرة إلى بعض النتائج الســلبية للتعامل غير العلمــي أو الموضوعي مــع المعلومات التي تصلنا ونقبلها من دون دراســة وتدقيق، خصوصا أن مجال التوحد يزخر بالنتائج السلبية لتقبل المعلومات بصورة تلقائية من دون التأكد من صدقها. ولعل أوضح مثال على ذلك هو تقبل فكرة نظرية التحليل النفسي في تفسير اضطراب التوحد (سنتطرق إلى شــرحه في الفصل الرابع)، وهي التــي أرجعت التوحد إلى اضطراب نفسي لدى الوالدين، خصوصا «الأم الثلاجة» التي تفشل في توفير الدفء والعطف لطفلها، وهي أمور أساسية للنمو الانفعالي السليم. لقد أدى هذا الفهم الخاطئ إلى عدة نتائج سلبية سنذكرها كما يلي:

أولا: لوم الآباء على أنهم السبب في اضطراب أبنائهم.

ثانيا: نتيجة لهذا الفهم الخاطئ لأســباب الاضطراب، اتجهت الأبحاث بشأن العلاج اتجاها خاطئا أيضا.

ثالثا: إن الاعتقاد بالســبب النفســي للتوحد أدى، طوال سنوات عدة، إلى إعاقة البحث عن الأســاس البيولوجي لــه، كما أعاق التوصل إلى أساليب علاجية فعالة. وهكذا أضعنا كثيرا من الوقت والجهد والمال ونحن نبحث في الاتجاه الخطأ.

ولنضرب مثالا آخر بـ «التواصل الميســر» وهو أحد الأساليب العلاجية المزعومــة للتوحد وغيــره من حالات الإعاقــة العقلية، الــذي أطلق عليه التلفزيون الوطني الأمريكي اســم «الســحر» [1]. لقد ادعى مناصرو هذا الأسلوب العلاجي أن الأفراد المصابين بالتوحد وغيرهم من المعاقين لديهم

قدرات على التواصل أفضل بكثير مما نتوقع، هذا مقارنة بأدائهم الضعيف فـــي اختبارات القياس العقلي. كما ادعوا أنه عند قيام أحد بمســـاعدة أو تســـهيل مهمة الفرد التوحدي على التواصل باستخدام لوحة المفاتيح أو ما ســـمي لوحة التواصل، فســـوف يظهر لديهم بوضوح مستوى من التواصل لم نتوقعه. وهكذا فإن الطفل شـــديد الإعاقة الذي لا يســـتطيع الكلام أو التواصل بأي شـــكل من الأشكال، يصبح، من خلال التواصل الميسر، قادرا على أن يعبر لوالديه عن حبه لهما، وأن يكتب الشـــعر، ويعلق على الأحداث الجارية، ويعبر عن ولائه واتجاهه السياسي (كأن يقول: «أنا ديموقراطي»!). لقد قوبل هذا النهج المتفائل بكثير من الشـــعبية والحماس، ما ساعد على انتشـــاره. ولا نســـتغرب بالتأكيد ترحيب أولياء أمـــور الأطفال التوحديين بوسيلة تمكنهم من التواصل مع أبنائهم بمستوى لم يصلوا إليه سابقا.

لكن عندما جرى تقييم أســـلوب «التواصل الميسر» بطريقة علمية ودقيقة، اتضح أنه، كما قيل عنه في البرنامج التلفزيوني «ســـتون دقيقة» (*) «أقل من الســـحر» (2). وتبين أن الفرد الذي يســـاعد الطفل أو يمهد له للقيام بالمهارة المطلوبـــة منه هو الذي كان يقـــوم بالتواصل وليس الطفل. وفي الحقيقة تبين أن «أســـلوب التواصل الميســـر» ما هو إلا علاج مزيف، وأن ما كان ينظر إليه في الســـابق على أنه ســـحر لم يؤد إلا إلى مزيد من الإحباط واليأس لأولياء الأمور والاختصاصيين الإكلينيكيين الذين لم تكد آمالهم ترتفع حتى تحطمت مرة ثانية. ومن الســـلبيات الأخرى التي ارتبطت «بالتواصل الميسر»، كأسلوب علاجي، الادعاءات الكاذبة عن اعتداءات جنسية على الأطفال ظهرت خلال العلاج بهذا الأسلوب. مرة أخرى تتضح أهمية التقييم العلمي الناقد للمعلومات التي نصل إليها، والذي لن تكون النتائج من دونه سلبية فقط بل كارثية.

وقد قال دوغلاس بيكلن (Douglas Biklen)، وهو أهم مؤيدي أسلوب «التواصـــل الميســـر» لعلاج التوحـــد، إن التقييم والدراســـة العلمية لذلك الأســـلوب أمر قريب من المســـتحيل، ذلك لاعتقاده أن إخضاع الأســـلوب

(*) 60 Minutes: واحـــد من أنجح برامج التحقيقـــات التلفزيونية، تتضمن كل حلقة من حلقاته ثـــلاث فقرات إخبارية تتنـــاول في أغلبها مزاعم بارتكاب مخالفات قانونية أو فســـاد إداري من قبل الشـــركات، أو السياسيين، أو موظفي الدولة، يبث البرنامج على قناة «سي.بي.إس» (CBS) الأمريكية منذ العام 1968 [المحررة].

للتجريب والتقييم الموضوعي والعلمي يتعارض مع خطواته وإجراءاته، ويقلل من فاعليته، ولذلك لا يمكن اختباره علميا [3]. وعلينا أن نكون حذرين من أي علاج «لا يمكن اختباره علميا»، فمن دون الاختبار لا يمكننا تقييم فاعليته.

محدودية الشهادات والتقارير الفردية

كثيرا ما نسمع عن أساليب علاجية فعالة، بل مثيرة، للتوحد عن طريق تقارير لآباء التوحديين أو المختصين في المجال، وهذه الشهادات والتقارير عادة ما تكون عن حالات فردية تنشر في بعض المجلات أو الكتب، ومثال على ذلك القصة التي نشرت في مجلة «ليدي هوم جورنال» في العام 1999، والتي تحكي قصة أسرة لديها طفل توحدي يبلغ الآن الثامنة من العمر، كان قد تم تشخيصه بالتوحد وهو في سن الثانية. إن وصف سلوك الطفل يوضح أنه مصاب بالتوحد، فهو يتجنب الاحتكاك بالآخرين، ولا يستطيع التواصل بالنظر، بالإضافة إلى كراهيته للمسه من قبل الغير، كما يكره الأشياء غير المألوفة والغريبة، ويتمسك بالأشياء الجامدة. ومن الأعراض الأخرى أن هذا الطفل قد يلفظ بعض الكلمات مرة واحدة، ولا يكررها أبدا. ويصاب الطفل أحيانا بنوبات من الغضب، فضلا عن معاناته من صعوبات في النوم. وفي نحو الخامسة كان الطفل قد تعلم بعض الأنماط السلوكية العنيفة والتخريبية، مثل العض والركل بالأرجل. أما والداه فقد كانا قلقين ومنهكين من وضعه، وهو أمر متوقع خصوصا أن لهم ثلاثة أطفال آخرين. لذلك اتفقت والدته مع طبيب الأطفال لإعطاء الطفل هرمونا يسمى «سيكرتين» (Secretin) بعد أن شاهدت تقريرا في أحد البرامج التلفزيونية عن طفل توحدي حقق تحسنا ملموسا بعد أن تلقى هذا العلاج. وقد ذكرت بعد ذلك أن طفلها تحسن بصورة جذرية أيضا، وبدأ يبادر بالكلام، وأصبح أكثر تواصلا مع أسرته والآخرين. كما أصبح هادئا، وأظهر تغيرات إيجابية أخرى. وطبعا لسنا في حاجة إلى القول إن الأسرة كانت سعيدة جدا مما شاهدته من تغيير إيجابي أرجعته إلى هرمون السيكرتين.

وفي الوقت الذي تبدو فيه مثل هذه القصص مشجعة ومطمئنة وتعطي الأمل لجميع المتعاملين مع الأطفال التوحديين، فإن هناك بعض الأمور التي يجب وضعها في الاعتبار، وعدم التسليم بها من دون دراستها، فعلى الرغم من احتمال أن يكون هرمون «سيكرتين» قد مارس دورا في التحسن الذي طرأ على سلوك أولئك الأطفال، فإننا لا نستطيع أن نستنتج، بثقة كبيرة، أنه فعلا السبب وراء التحسن، وذلك للأسباب التالية:

أولا: من الخطورة أن نصل إلى تعميم بناء على تجربة شخص واحد، فنحن لا نستطيع أن نتنبأ بأن طفلا معينا سيستجيب بصورة إيجابية لعقار مثل «سيكرتين» مثلا لمجرد أن طفلا آخر استفاد من ذلك الدواء. وهذا ينطبق على اضطراب التوحد أكثر من غيره، خصوصا أن هذا الاضطراب يتسم بعدم التجانس واختلاف الأعراض بين المصابين به.

ثانيا: من المهم جدا أن نتذكر أن قصص النجاح والنتائج الإيجابية هي التي تسجل وتظهر في وسائل الإعلام، فنادرا ما يسجل الناس أو يعلنون تجاربهم الفاشلة، مع أنها تتكرر بوتيرة النجاح نفسها، إن لم يكن أكثر. ومن هنا يمكننا القول إن هناك خطأ في المعلومات التي تصل إلينا، حيث إن خبرات معينة فقط تجد طريقها إلى وسائل الإعلام. فنحن لم نقرأ قصة فشل لعلاج السيكرتين في أي مجلة من المجلات (على الرغم من أننا نعرف حالات كثيرة لأطفال لم يستجيبوا لهذا العلاج بصورة إيجابية). فالفشل لا يثير الاهتمام، أو يجذب الانتباه، كما هي حال النجاح.

ثالثا: التقارير التي تعتمد على حالات فردية يصعب - إن لم يكن يستحيل - تأكيدها وإثباتها. فإذا سمع الفرد منا عن حالة طفل حقق تحسنا كبيرا أو شُفي بعد اتباع نظام علاجي معين، يتعين علينا طرح العديد من التساؤلات، مثل ما هي المعلومات الموضوعية والحيادية التي لدينا حتى نستطيع القول إن الطفل حقق تحسنا؟ فغالبا ما تتضمن نتائج الأبحاث تقارير من الآباء عن تحسن أبنائهم من دون أي إثبات موضوعي. وعلى الرغم من أن أوصاف وتقارير الآباء

قد تكون مفيدة جدا، فإنه في الحالة التي ذُكرت سابقا كان الآباء على معرفة سابقة بعلاج هرمون السيكرتين وكانت لديهم توقعات إيجابية بشأنه، وبالتالي هناك احتمال كبير أن تكون انطباعاتهم متأثرة بمعرفتهم تلك وتوقعاتهم. نحن في حاجة إلى الملاحظة الحيادية وغير الواقعة تحت تأثير أي معلومات مسبقة، وأن يحدث التقييم بوساطة أفراد لا يعلمون شيئا عن علاج السيكرتين. ومن التساؤلات التي تطرح نفسها أيضا: ما مدى صدق التشخيص؟ وهل الطفل توحدي حقا؟ ففي المثال السابق شُخص الطفل بوساطة مختص، كما أن الأعراض السلوكية التي تظهر عليه تتفق مع أعراض التوحد، ومن ثم يمكننا القول إن الطفل مصاب حقا بالتوحد. ومع ذلك فإن التقارير الفردية تفشل عادة في تثبيت التشخيص المبدئي أو التعريف السلوكي. وهناك تساؤل آخر وهو: هل كان الطفل أو مازال يتناول علاجا آخر بشكل يتزامن مع العلاج الحالي (مثل برامج التربية الخاصة والأدوية والعلاج الفردي)؟ وإذا كانت الإجابة عن هذا السؤال بنعم، فكيف نثبت أن التحسن الذي نراه ليس نتيجة لتلك الأساليب العلاجية الأخرى؟ وإذا كان كذلك فكيف يمكننا أن نحدد نسبة مشاركة كلٍ منها في هذا التحسن؟ هذا بالطبع لا يمكن من دون الاستناد إلى دراسة علمية تعتمد على الضبط التجريبي، أي ضبط العوامل الدخيلة التي قد تغير من النتائج. ثم كيف نحكم بأن التغيير الذي حدث في سلوك الطفل كان نتيجة للعلاج وليس للنضج الطبيعي؟

قد تكون رغبتنا الشديدة في الوصول إلى نتائج إيجابية لعلاج التوحد هي التي تجعلنا نتقبل التقارير الفردية والثقة بما جاء فيها.

لا بد من الإشارة هنا إلى أن الآباء والمختصين الذين يقدمون التقارير والروايات الفردية لا يتعمدون تقديم معلومات خاطئة أو مضللة. فالاحتمال الأكبر أنهم تقدموا بتلك التقارير بنوايا حسنة، ومشاعر مفعمة بالتفاؤل، فهم لم يتعمدوا خداعنا. والأم التي تشرك الآخرين في قصة طفلها وخبرتها مع هرمون السيكرتين تقصد في الواقع إعطاء الأمل والتفاؤل لأسرة أخرى تمر

بالظروف الصعبة نفسـها التي تمر هي بها. بيد أن النوايا الحسنة لا تكفي لجعلنا نستثمر الجهد والوقت والمال في أساليب علاجية لم تثبت فاعليتها. وعلينا أن نتأكد من توافر الأدلة المبنية على أساس علمي دقيق وسليم.

الأبحاث الارتباطية

تعتبر الأبحاث الارتباطية أسلوبا من أساليب البحث والدراسة، وتمثل خطوة إلى الأمام مقارنة بالدراسـات والأبحاث التي تعتمد على الشهادات والحالات الفردية، وفي مثل هذا النوع من الدراسـات يعالج الباحث أحد المتغيـرات تجريبيا ثم يلاحظ نتيجة ذلك علـى متغير آخر، أي يقيس ما يحـدث في ذلك المتغيـر، بمعنى آخر يدرس التلازم فـي التغير بين أكثر مـن عنصر. فالباحث هنا لا يقوم بالمعالجـة التجريبية المقصودة لأي من المتغيرات، بل يقيس متغيرين أو أكثر، وهي المتغيرات موضع البحث، لمعرفة ما إذا كانت تتغير معا بصورة منتظمة أو لا.

مثال على ذلك ما اتضح لنا من أن أمهات الأبناء الجانحين أكثر اكتئابا ورفضا لأبنائهـن من غيرهن من الأمهات. وهكـذا يمكن القول إن هناك ارتباطا بين السـلوك المنحرف للأبناء ورفض الأم للطفل. فالأمهات الأكثر رفضا لأبنائهن، يتسـم أبناؤهن بمسـتوى أعلى من الانحـراف، والعكس صحيح. مثـال آخر على المقصود بالارتباط هو مـا ثبت إحصائيا من أن الممثلـين والممثلات الحاصلين على جائزة الأوسـكار مرة أو أكثر، يتمتعون بعمر أطول من غيرهم من الممثلين بمعدل ثلاث إلى خمس سنوات. بل إن الوقائع تشير إلى أن الحاصلين على جائزة الأوسكار أكثر من مرة يعيشون أكثـر ممن حصلوا عليها مرة واحدة. وهكذا يمكن القول إن هناك ارتباطا إيجابيا بين الحصول على الأوسكار ومعدل الأعمار.

وعلـى الرغم من أن الأبحاث الارتباطية أكثر دقة من الدراسـات التي تعتمد علـى التقارير الفردية، فإن لها عيوبها وأوجه القصور المرتبطة بها أيضا، والتي يمكن ملاحظتها بوضوح في الأبحاث والدراسـات الأولى عن التوحـد، حيث كانت وجهـة النظر التحليلية هي المسـيطرة على الميدان. ويتضح من ذلك أن الدراسات الارتباطية تعاني مشكلتين أساسيتين:

الأولى: كان الفرض التحليلي قائما على ملاحظة أن آباء الأطفال التوحديين يفتقرون إلى الدفء والتعاطف في تفاعلهم مع أطفالهم (كما سنرى في الفصل الرابع). أي أن هناك ارتباطا بين التوحد وجمود الآباء العاطفي. وبناء على ذلك استنتج أن آباء الأطفال التوحديين يتسمون بالبرود العاطفي ولا يعبرون عن مشاعرهم، ويتمسكون بالروتين الدقيق في تنشئة أطفالهم، وهم كذلك الآباء الذين عجزوا عن توفير بيئة مناسبة للأطفال، وكل هذه الأمور تعتبر أساسية لينمو الطفل نموا طبيعيا. ويعتقد التحليليون أن هذه البيئة غير المشجعة وغير المريحة للطفل، بل التي تشكل تهديدا له، أدت إلى هروبه إلى حالة التوحد (مع الذات). وبسبب تلك الملاحظات، وبالإضافة إلى قبول وشيوع الفرض التحليلي في تفسير التوحد، أصبح الادعاء بأن الآباء مسؤولون عن إصابة أطفالهم بالتوحد أمرا طبيعيا ومقبولا. ويمكن الرد على ذلك بالقول إن العكس قد يكون هو الصحيح، أي أن توحد الأطفال هو المسؤول عن برودة آبائهم العاطفية ورفضهم لهم وليس العكس! فكيف نتوقع أن تكون درجة التعاطف والتعبير عن الحب والدفء من جانب الأم التي سبق أن قامت بمبادرات عاطفية قوبلت بالتجاهل، وأحيانا بالصد والرفض من قبل الطفل؟ وهكذا نكتشف أن أحد أوجه القصور في الدراسات الارتباطية هو عدم قدرتها على تحديد أي المتغيرات هي السبب وأيها النتيجة.

أما المشكلة الثانية لارتباط كهذا فتتمثل في افتراض علاقة عرضية بين حدثين لا توجد بينهما مثل تلك العلاقة.

وبالعودة إلى الفرض الذي جاءت به مدرسة التحليل النفسي بشأن أسباب التوحد، والذي ادعت فيه وجود ارتباط بين السمات الديموغرافية للأسر والتوحد. فقد لاحظ ليو كانر أن أسر المجموعة الأولى من الأطفال التوحديين الذين أجرى عليهم الدراسة يتمتعون بمستوى اجتماعي واقتصادي وأكاديمي عال جدا (كثيرون من الآباء من فئة العلماء). وقد فُسر ذلك على أنه تأييد وإثبات للفرض النفسي الذي يرى أن طموح الآباء الشخصي وعقلانيتهم المفرطة قد أثرا سلبا في تعاطفهم ودفئهم نحو أطفالهم. لكن هناك عوامل أو متغيرات أخرى قد تكون مسؤولة عن

ذلك الارتباط. فأي نوع من الآباء نتوقع أن يكون من يُحضر طفله إلى أكثر مستشفيات الطب النفسي شهرة في جامعة جونز هوبكنز؟ بالطبع سيكون هذا الأب أو الأم على مستوى عال من العلم والثقافة، ولديه القدرة المادية التي تمكنه من اللجوء إلى أكفأ الخبراء في أكثر الجامعات شهرة. ومن ثم فإن الارتباط بين التوحد وبعض الخصائص الديموغرافية للوالدين قد تكون بسبب عامل آخر.

ولنعد إلى المثال الذي ذكرناه سابقا، وهو الارتباط بين جنوح الأحداث ورفض الأم للطفل وحرمانه من العطف والدفء الأسري. والواقع أن هذا موقف آخر يبين صعوبة تحديد السبب والنتيجة في العلاقة بين المتغيرات (ألا يمكن أن يكون سلوك الطفل الجانح هو السبب وراء رفض الأم له؟). فضلا عن ذلك، قد يكون عامل آخر، كالفقر، هو الذي أدى إلى زيادة كل من السلوك المنحرف للأبناء واكتئاب الأمهات ورفضهن لأبنائهن. مثال آخر ذكر سابقا وهو الارتباط بين الحصول على جائزة الأوسكار وزيادة معدل العمر عند الممثلين. وبينما نستطيع أن نجزم بأن الحصول على الأوسكار لا يؤدي إلى طول العمر، فإن المرجح أن هؤلاء الممثلين يعيشون في بيئة آمنة مترفة، ويحصلون على أفضل أنواع الرعاية الصحية.

وإجمالا، يمكننا القول إن الدراسات الارتباطية ليست الوسيلة المثالية للوصول إلى الأهداف التي نسعى إليها، لكن لها بعض الفوائد. فالارتباط بين المتغيرات يعطينا فكرة عن الأسباب المحتملة لبعض الاضطرابات والأمراض التي نستطيع متابعتها ودراستها بصورة أعمق باستخدام مناهج أخرى.

ولعل مثالا آخر من أبحاث التوحد يفيد في توضيح ذلك. كنت مهتمة بدراسة العوامل التي أدت إلى تأخر المصاداة (التكرار القسري لما يقوله الآخرون) لدى أحد الأطفال المتوحدين، فالطفل جيري مثلا كان يعيد عبارات برنامج مسابقات تلفزيوني، كأن يقول: «لقد ربحت 10 آلاف دولار لفوري»! ونظرا إلى أن التكرار يحدث متأخرا فإن جيري كان يعيد الكلمات بشكل عشوائي خلال اليوم، ولأن المصاداة تصم الطفل، كما أنها تساهم في عزلته عن أقرانه أكثر وأكثر، كانت لدينا رغبة في القضاء عليها. ولكي

نحـــدد نقطة البداية لتجربتنا، راقبنا جيري فترة طويلة وســـجلنا الظروف المحيطة به عندما يقوم بالمصاداة وتكرار الإعلان التلفزيوني. ولاحظنا أنه يعيد العبارات عندما يكون مســـتثارا (كأن يكون سعيدا أو قلقا أو محبطا). هذا الارتباط بين مســـتوى الاســـتثارة والمصاداة يشـــير إلى احتمال وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين. وقادتنا تلك الملاحظة إلى اعتبار الاســـتثارة الانفعالية مســـؤولةً عن المصـــاداة المتأخرة. وقد أكدت دراســـات وأبحاث لاحقة صحة هذا الافتراض.

الدراسات الضابطة

بدلا من قبول التقارير والشـــهادات الفردية، أو البحث عن ارتباطات، يصمم الباحثون في الدراسة الضابطة تجربة يتابعون من خلالها التغيرات في السلوك، مع مراعاة ضبط كل العوامل المؤثرة. ففي حالة الطفل جيري، حيث افترضنا أن زيادة الاستثارة الانفعالية لديه تؤدي إلى حدوث المصاداة المتأخـــرة، عمدنا إلى تغييـــر حالته الانفعالية وملاحظـــة ما إذا كان ذلك سيؤدي إلى حدوث المصاداة.

وللوصول إلـــى الهدف، وضعنا جيري تحت ظـــروف مختلفة تعرض فيها لمواقف من شـــأنها إثارته انفعاليـــا (انفعالات إيجابية كالفرح مثلا) بالتبـــادلِ مع مواقف لا تثير الانفعال. وفي حالـــة المواقف الإيجابية كان جيري يعطَى الفرصة ليلعب بألوانه المفضلة، وأن يستخدم أدوات المطبخ التي تستخدمها والدته لخلط الطعام، أو أن يشاهد أفلام ديزني المحببة لديـــه، ثم جـــرى تعريضه لمواقف تُعتبر حيادية بالنســـبة إليه، أي لا تثير لديـــه أي انفعـــالات، مثل اللعـــب بمجموعة من المكعبـــات، أو أداء بعض الواجبات الدراســـية، أو مشـــاهدة أفلام غير محببـــة إليه، وقد تعرض جيـــري لتلك المواقف المختلفة في طبيعتها بشـــكل عشـــوائي، ثم عمدنا إلى قياس وملاحظة ســـلوك المصاداة لدى الطفـــل خلال كل موقف من تلـــك المواقف. ولقد تبين أن المصاداة تحدث بكثرة في حالة المواقف التي تثير الانفعالات الإيجابية مقارنة بالمواقف الحيادية. وهكذا نســـتنتج أن الاستثارة الانفعالية تنشط المصاداة.

تعتبر هذه التجربة أفضل مـن الأبحاث الارتباطية، حيث تتوافر فيها المعايير الثلاثة الرئيسة التي يشترط توافرها لإثبات وجود علاقة من المتغيرات، وهي معايير يجب وضعها في الاعتبار، والتأكد منها قبل تقبل نتائج تلك الأبحاث والدراسات. والمعايير الثلاثة التي توافرت في التجربة أعلاه هي:

1 - برهنا على اتجاه العلاقة السببية، فقد لاحظنا أن زيادة الحالة الانفعالية لدى جيري تتبعها زيادة في المصاداة، وليس العكس (أي أن المصاداة لم تؤد إلى اللعب بالأوراق المفضلة مثلا). كذلك تأكدنا من أن المصاداة لم تسبب حالة الاستثارة لدى جيري، حيث إننا قدمنا المثير أولا ثم حدث الانفعال وتلت ذلك المصاداة.

2 - أعدنا برهنة العلاقة السببية، وقد تحقق ذلك عندما عُرِّض الطفل لمواقف تثير لديه درجة عالية من الاستثارة، ولاحظنا زيادة في المصاداة، بينما لم تحدث تلك الزيادة في المواقف الحيادية. ولذلك نستطيع أن نثق بأن ما لاحظناه من ارتباط وعلاقة بين المتغيرات حقيقة مؤكدة، ولم تحدث بالمصادفة أو مرة واحدة. إن قابلية البحث والنتائج للتكرار أمر غاية في الأهمية، ويعتبر أحد الأسس الضرورية للمصداقية. ولا يقتصر ذلك على تجربة بعينها، ولكنها يجب أن تتوافر في كل التجارب، وهو ما يجعلنا ننتظر حتى يثبت الباحثون الآخرون في المختبرات الأخرى أن تجاربهم تصل إلى النتائج نفسها التي توصلنا إليها، وهذا بدوره يجعلنا أكثر ثقة بتلك النتائج. أما إذا اتضح أن بعض النتائج تحدث في دراسة بعينها دون غيرها، أو مع باحث واحد على الرغم من الجهد الذي يبذله الباحثون لتكرار التجربة، فإن هذا يكون سببا قويا للحذر من قبول تلك النتائج.

3 - ضبطنا العوامل الدخيلة التي قد تؤثر في النتائج، ولكنها ليست مسؤولة في الحقيقة عن العلاقة التي نلاحظها بين المتغيرات (مثال على تلك المتغيرات المستويان الثقافي والاقتصادي في تقارير ليو كانر التي وُصفت سابقا). في تجربة الطفل جيري،

جرى ضبط تأثير العوامل الدخيلة مثل استخدام الألعاب بنشاط، وذلك باستخدام موقفين أو تجربتين للعب (مثل الأقلام والمكعبات)، واستُخدمت كل واحدة في موقف مختلف من مواقف الاستثارة الانفعالية. فإذا كان اللعب النشط هو المتغير المسؤول عن المصاداة، فسوف تحدث (أي المصاداة) في الموقفين: اللعب بالأقلام (وهو المثير الإيجابي) أو المكعبات (وهو المثير الحيادي)، ولكن المصاداة حدثت في حالة اللعب بالأقلام فقط، وهو الموقف ذو الصبغة الانفعالية العالية، وبذلك نستنتج أن حالة الاستثارة الانفعالية هي المسؤولة عن حدوث المصاداة.

يوضح هذا المثال أن الفرد يستطيع أن «يختبر» أو يتحقق من العلاقات المحتملة بين المتغيرات، ويحدث ذلك بتوافر ووجود عنصر واحد هو «الضبط التجريبي». والمقصود بالضبط التجريبي هو التحكم في العوامل المؤثرة في النتائج بحيث نستطيع أن نعزل تأثيرها ونبقي على أثر العامل التجريبي، وهذا بدوره يمكننا من فهم العلاقات بين المتغيرات. (في مثال جيري استطعنا أن نثير سلوك المصاداة لديه بإدخال الظروف المثيرة للانفعالات الإيجابية). فالضبط التجريبي يشير إلى الفهم والمعرفة، وهو في الواقع الهدف من الأبحاث. وهناك أمر آخر يتعلق بالضبط هو أنه يجعلنا أكثر قوة أو سيطرة على المتغيرات، فإذا استطعنا ضبط متغير ما فلن يصيبنا بالدهشة أو الحيرة، أو حتى يستطيع خداعنا. ففي أبحاث التوحد (أو أي مجال آخر)، نحن نحتاج إلى المعرفة والفهم، وليس إلى الحيرة والمفاجآت.

دور المختصين مقارنة بالآباء

يبحث كل من يتعامل مع المصابين بالتوحد عن فهم لهذا الاضطراب. الجميع يريد أن يصل إلى إجابات عن أسئلته، وتحسين حياة هؤلاء الأطفال وعائلاتهم. ويسعى المختصون في المجال إلى الوصول إلى إجابات عن أسئلتهم حول التوحد، ليس إشباعا للفضول العلمي، بل أيضا للوصول إلى المعرفة التي تمكنهم في النهاية من الوقاية من هذا الاضطراب وعلاجه

وشفائه أيضا. أما الآباء وغيرهم من أسر التوحديين فيبحثون عن المعرفة سـعيا وراء علاج فعال وشفاء لأبنائهم، وليس لإشباع الفضول العلمي. أما عامة الناس فيسعون وراء كل ما سبق.

ويعمل كثيرون في مجال التوحد مثل الاختصاصيين والأطباء النفسيين، وأطباء الأطفـال، واختصاصيـي الأعصاب، واختصاصيـي علم الوراثة والمختصين في اضطرابـات النطق والكلام، ومدرسـي التربية الخاصة، وغيرهم. وكثير من هؤلاء هم علماء يسـتخدمون مناهج الضبط التجريبي ليصلوا إلى إجابات عن الأسـئلة شـديدة التعقيد في المجال. وبينما يلقى العلمـاء في مجتمعنا احتراما، وتلقـى أعمالهم قبولا ومصداقية، حتى لو كانت موضع جدل ونقاش في مجتمع العلماء، فإن مثل هذا القبول للنتائج والدراسـات غير مألوف في ميدان التوحـد. حيث مازالت نتائج الأبحاث فـي مجال التوحد محل نقاش ليس لـدى مجتمع الباحثين فقط، بل لدى المجتمع غير العلمي أيضا، والمجتمع ككل. (أذكر أن أحد زملائي قد حضر لقاء لأهالي التوحديين وذهل من حدة النقاش ومن دفاع اثنين منهم، ممن تجـاوزت أعمارهم الخمسـين، عن علاج مزعوم للتوحـد). إن الاختلاف والجدل في ميدان التوحد لا يقتصران على الأساليب العلاجية وفاعليتها فقط، بل هناك موضوعات أخرى جديدة وطارئة مازالت محل جدل حاد، ومـن ذلك الصراع حول أوجه صرف أمـوال الحكومة الفدرالية، هل هي للعـلاج؟ أم للأبحاث حول الأسـباب؟ موضوع آخر مـازال محل جدل هو مـدى فائدة بعض أنواع اللقاح التي اقترحها البعض أسـلوبا للعلاج؟ وهل من الأفضل تقديم العلاج المكثف للطفل داخل المنزل؟ أو الفصل الدراسي؟ هذه بعض الأمثلة البسيطة على الجدل الدائر.

وهكـذا، فإن الوضع لا يبعث علـى الارتياح، فكل من الآباء والمختصين مصـاب بالإحباط، كما أنهم غير راضين بعضهم عن بعض، ويمكن إرجاع هذا الإحباط وعدم الارتياح إلى أسباب عدة هي:

أولا: عدم التوصل إلى إجابات شـافية ودقيقة لبعض الأسئلة الخاصة بأسباب وعلاج التوحد حتى يومنا هذا، على الرغم من مرور سنين عدة من البحث والدراسة، وما من شك في أن البطء في تطور المجال

ووجود بعض المعلومات المحيرة يعملان كوقود لما نعانيه من إحباط. فالعلــم بطبيعته بطيء في تقدمه، ويتطلــب منهجا دقيقا وتكرارا للأبحاث للتأكد من صدقها. أما في موضوع التوحد، فإن المشــكلة أكثــر صعوبة نتيجة لطبيعته المعقدة، حيــث إنه لا يعتبر اضطرابا واحدا بل مجموعة من الاضطرابات المختلفة فيما بينها، من حيث الأســباب والتطور والأعراض أحيانا. وحيث إن التوحد اضطراب يؤثر في جميع جوانب ســلوك وشخصية الفرد، فإن دراسة جميع تلك الجوانب وظيفة بالغة الصعوبة. لكن يجب ألا ننسى أن البطء في الوصول إلــى المعلومات أفضل بكثير من الوصول إليها بصورة سريعة من دون الاستناد إلى أساس علمي وأبحاث دقيقة، حيث إن الدروس التي تعلمناها من اتباع ذلك الأسلوب كانت مؤلمة جدا.

ثانيا: علينا الاعتــراف بأن بعض المعلومات والنتائج التي توصلنا إليها والتــي بينت أن العوامل الجينية والعصبيــة تمارس دورا مهما في التوحــد لــم تكن إيجابية أو ســارة، كما أنها لا تبشــر بحل قريب لمشــكلات هذا الاضطــراب. بالإضافة إلى ذلك، فــإن ما توصلنا إليــه من معلومــات عن الزيادة في انتشــار وحــدة الاضطرابات والاختلافات بين التوحديين هو أمر غير مشجع على الإطلاق. كما أن الادعاءات المتناقضة والمحيرة الموجودة في الميدان تضيف إلى ما نعانيه من إحباط وشــكوك الشيء الكثير. فمثلا، هل يؤدي العلاج «بالأمفيتامينات» إلى تحسن الســلوك التوحدي؟ وهل اتباع حمية غذائية خاليــة من القمح تحدث أثرا؟ وهل يســبب اللقاح المضاد للحصبة الألمانية التوحد فعــلا؟ إن الجدل والاختلافات المحتدمة حاليا لن تحســم بالصوت العالي أو بدعوة أكبر عدد من المختصين ليدلوا بآرائهم، بل إن حل هذه المشكلة لن يكون إلا بالأبحاث والأدلة العلمية، ومن الواضح أن هذا لن يحدث في القريب العاجل.

ولســوء الحظ فإن جوا من عدم الثقة والشــك بدأ ينشــط بين المختصين في التوحد وبعض أولياء الأمور. فالآباء يعانون من أســباب عديدة للإحباط، مثل إلقاء اللوم والمســؤولية عليهم كســبب لتوحد أبنائهم في السابق، والبطء

في إجــراء الأبحاث العلمية، بالإضافة إلى الافتقــار إلى إجابات محددة عن الأسـئلة المتعلقة بأسـباب التوحد. فضلا عن عدم وجود علاج شاف للتوحد، وهي الحقيقة الأشد إيلاما. وفوق كل ذلك قد يشعر بعض الآباء بأنه لم يسمح لهم بالمشــاركة في اتخاذ القرارات بشــأن علاج أطفالهــم. فقد ذكرت بعض الأمهات أن المختصين أملوا على الأســرة الأسـلوب العلاجي لطفلها من دون الرجوع إلى رأيها، الأمر الذي جعلها تشــعر كأنها راكب في قطار (أي لا تملك القيادة). وفي أحيان أخرى يشــعر الآباء كأن أبناءهم فئران تجارب يســتغلهم بعض المختصــين المهتمين بالحصول على دعم مالــي لأبحاثهم أو التطور في مهنتهم أكثر من اهتمامهم بالأطفال التوحديين أنفسهم. وقد يشعر بعض الآباء بأن المختصين غير متعاطفين معهم، وهذا طبعا مخالف للواقع.

وعلــى الجانــب الآخر، يعتقــد بعض المختصــين أن الآبــاء يتميزون بالســذاجة، ولا يملكــون المعلومات الكافية عن المنهــج العلمي في أبحاث التوحد، كما أنهم - بشكل عام - كثيرو الإلحاح ويطالبون بإجابات سريعة عن أســئلتهم. وقد تزعجهــم رغبة الأهالي في تقبل المعلومات المســتندة إلــى الحالات الفردية والملاحظة العابرة، لا على أســاس علمي. وفي هذا الســياق أذكر أنني رأيت بعض أولياء الأمور يعبــرون عن ذلك العداء في بعــض اللقاءات العلمية التي حضرتها، وقــد حدث ذلك في إحدى المرات عندمــا رفض أحد العلماء تبني بعــض المعلومات غير المثبتة علميا. ويعبر المقطع المأخوذ عن برنارد ريملاند في مقدمة هذا الفصل عن تلك العدائية بوضوح. قد يرى العلماء أن الآباء عاطفيون وانفعاليون جدا بشكل يمنعهم من أن يكونوا موضوعيين عندما يخص الأمر أبناءهم. كما أن بعض العلماء يرفضون محاولات الآبــاء في توجيه الأبحاث والدراســات وجهة معينة. ويعتقدون أن الآباء لا يملكون الحق في تحديد أســئلة ومواضيع الأبحاث. وباختصار يمكن القول إن بعض العلماء يعتقدون أن الآباء لا يستطيعون إلا تقديم القليل لدراسة وفهم التوحد. وبالطبع فإن هذا مخالف للواقع.

إن غيــاب الثقة ووجود المواقف الســلبية لا ينطبقان بالتأكيد على كل الآباء والمختصين. ولكنهما موجودان بلا شــك، وبيئة كهذه لا تساعد العلم أو أيــا مــن الجانبين. وكل ما يحتــاج إليه الفرد هو الاطــلاع على مواقع

التوحد في شبكة الإنترنت ليرى مدى الغضب الذي يستشعره البعض. ففي تعليق على أحد المواقع يقول أحدهم، وهو أب وباحث في الوقت نفسه، إن ميدان التوحد أمر صعب بحد ذاته، ولا يحتاج إلى الاختلاف بين العناصر الأساسية في الميدان، أي بين مجتمع العلماء ومستهلكي العلم. فكم سيكون مفيدا أن يكون الآباء أكثر ثقة بالعلماء والمختصين، وأن يكون العلماء بدورهم أكثر تقديرا لثقافة الآباء ولما يمكنهم تقديمه.

قد تتغير علاقة الخصومة تلك، كما حدث في العلاقة بين المجتمع الطبي ومجتمع مرضى الإيدز [4]. فقد كنا أمام مرض مدمر قوبل بردود أفعال بطيئة من قبل الجسم الطبي والأبحاث الطبية. وبينما اختلف السبب وراء ذلك البطء في استجابة العلماء في الحالتين (ففي حالة التوحد نتج البطء من التركيز على أساس نظري خاطئ، أما في حالة الإيدز فقد كانت هناك أسباب سياسية)، تبقى المحصلة هي الإحباط في الحالتين، فالمثليون الناشطون سياسيا كانوا محبطين من بطء الأبحاث، وطالبوا بتفعيل البحوث والدراسات حول الأدوية والعقاقير الناجحة. لقد عبروا عن قدر كبير من العدائية تجاه الحكومة الفدرالية وشركات الأدوية والعلماء. واستمرت تلك المعركة واحتدت إلى أن اكتشف الجانبان أمرا محددا هو أن كليهما يحتاج إلى الآخر (المرضى والأطباء). والحقيقة أن أي تقدم يحتاج إلى مشاركة كل عناصر الظاهرة، أي المرضى والمختصين. لقد أدرك الجميع أن لكل جانب منظوره الخاص وقدراته المميزة والأساسية في الوصول إلى إجابات عن أسئلتهم.

وفي النهاية، وجد مرضى الإيدز والمختصون في الميدان أرضية ولغة مشتركتين. فمرضى الإيدز والناشطون المثليون الذين قسوا في نقدهم للمختصين تيقنوا من أنهم لن يحصلوا على ما هم في أمس الحاجة إليه من دون تقديم الحكومة الفدرالية وشركات الأدوية التمويل الكافي للعلماء الذين سيقومون بالبحث والدراسة. وفي الوقت نفسه أدرك العلماء أهمية المرضى والناشطين في مجال الإيدز في مساعدة البحث العلمي وجمع عينات البحث وإقناعها بالمشاركة، بالإضافة إلى التكيف مع إجراءات البحث وقوانينه.

كل هذا ساعد على أن يكون الجدل بين الفرقاء أكثر تركيزا، ما أدى إلى نتائج بحثية أفضل. كما أقام الناشطون في ميدان الإيدز المؤتمرات لتوفير العوامل المساعدة على البحث عن علاج وشفاء للإيدز. ونتيجة لذلك تغيرت طبيعة العلاقة بين الأطراف من علاقة ذات طبيعة عدائية خلافية إلى تعاون. وأصبح الصراع بين الأطراف في حكم التاريخ، حيث إن الجوانب السلبية والخلافات التي كانت شديدة يوما ما هدأت وكمنت الآن. وهذا التغير لا يرجع إلى التعاون بين الأطراف فقط، بل كان أيضا نتيجة لتطوير أدوية وعلاجات جديدة للإيدز أدت إلى التخفيف من أعراضه وإطالة معدلات أعمار المرضى، وإن لم تؤد إلى شفاء المرضى شفاء تاما.

إن قصة الإيدز تبعث الأمل فيما يمكن إنجازه عندما يتعلم كل الأطراف: العلماء ومستهلكي العلم (سواء كانوا مرضى إيدز، أو مثليين، أو أهالي التوحديين) أن يقدروا مشاركة بعضهم بعضا. بالتأكيد إن مجال التوحد سيسير في الاتجاه الصحيح، خاصة أن هناك كثيرا من مؤشرات التعاون بين كل الأطراف المعنية بالموضوع، فمنظمة مثل «الجمعية الأمريكية للتوحد» تضم مجموعة من العلماء والمختصين وآباء التوحديين. وتعقد هذه الجمعية مؤتمرا وطنيا سنويا تدعو إليه المختصين والعلماء. فضلا عن أن المؤسسات العلمية المختصة تدعو الآباء للمؤتمرات العلمية حول التوحد، وكذلك تدعو المدرسين، ليتحدثوا عن تجربتهم للباحثين. وبالإضافة إلى ذلك، تضم مؤسسات حكومية أخرى، مثل «المؤسسة الوطنية للصحة العقلية»، تضم في مجلس الأمناء الخاص بها بعض الآباء وأفراد المجتمع الذين يشاركون في مراجعة وتقييم الجدوى والأهمية والفائدة المحتملة للأبحاث التي ستُمول.

وهناك سمة أخرى يشترك فيها الناشطون في مجال التوحد مع غيرهم من الناشطين في مجال الاضطرابات والأمراض الأخرى، وهي تشكيل منظمات ومجمعات ضاغطة تنادي بعلاج التوحد. ومن أمثلة هذه المجموعات «عالج التوحد الآن»، و«اهزم التوحد الآن»!، وهي مجموعات تسعى إلى تركيز الاهتمام والجهود للتعرف على الأساس البيولوجي للتوحد، وإيجاد علاج على هذا الأساس. أما منظمة «عالج التوحد الآن» فقد أُسست سنة 1995

وتضم مجموعة من آباء التوحديين والباحثين والأطباء، بهدف زيادة مستوى الوعي بمشكلة التوحد وتمويل الأبحاث، بالإضافة إلى التركيز على الأساس البيولوجي للتوحد وإيجاد علاج طبي له، فضلا عن الوقاية منه.

ويعتبـــر «معهد الأبحاث الطبية في اضطرابات النمو العصبي» (*) في جامعة كاليفورنيا إحدى أفضل صور التعاون بين أولياء الأمور والمختصين. هذا المعهد أُسِّـــس واســـتمر بوســـاطة مجموعة من أوليـــاء أمور الأطفال التوحديين الذين سعوا إلى إجابات شاملة وواضحة عن الأسئلة التي تدور حول أسباب التوحد وأفضل سبل علاجه وغيره من الاضطرابات النمائية. وقد استطاع هذا المعهد أن يجمع مختصين في مجالات عديدة منها: علم الوراثـــة، وعلم الأعصاب، وعلم النفس المعرفي والســـلوكي، بالإضافة إلى مجموعات مختلفة مثل الآباء، والمدرسين، والأطباء، والعلماء ممن التزموا بالتعاون والعمل معا لإيجاد إجابات عن الأسئلة المتعلقة بالتوحد. وبالإضافة إلى ذلك يقدم «معهـــد الأبحاث الطبية» العـــون للأطباء والاختصاصيين الإكلينيكيـــين، بالإضافة إلى توفير التمويـــل اللازم للقائمين على الأبحاث الواعـــدة بنتائج إيجابية في ميدان التوحد. إن هذا مثال واضح على جهود عملية جادة نحو مزيد من الفهم للتوحد وعلاجه.

ويمكن إرجاع نشـــأة هذه التنظيمات إلى إحباط كثيرين وعدم رضاهم عـــن «الجمعية الأمريكيـــة للتوحد» التي يرون أنها تتميـــز بالبيروقراطية، والعمومية الشـــديدة التي لا تســـمح بالتركيز على أهداف محددة، ونظرا إلى عـــدد أعضاء الجمعية الكبير (نحو عشـــرين ألفا من الآباء والمدربين والعلمـــاء وغيرهم من المهتمين في المجـــال)، ولدورها الرئيس في جوانب عديدة للتوحد مثل الأسباب، والعلاج، والأبحاث سنوات طويلة، فقد شملت الجمعيـــة كثيرا من وجهات النظر والأفـــكار المتناقضة. ولم يكن غريبا أن تناقش الخلافات في الجمعية الأمريكية للتوحد، ومن ثم لم يكن غريبا أن يرتبط اســـم الجمعية بالصراعات الحادة التي نشبت بين أعضائها بشأن أنواع العـــلاج والبحث. وتبقى قـــدرة الجمعية على تحقيـــق كل ذلك منذ نشأتها قبل أربعين عاما أمرا مثيرا للإعجاب.

(*) .M.I.N.D: Medical Investigation of Neurodevelopmental Disorders.

موضوع آخــر كان مجالا للجدل بين المختصـــين (المربين في هذه الحالة) وأولياء الأمور، هو المناهج الدراســية الخاصة بالتوحديين. فكما سأناقش في الفصل العاشر من هذا الكتاب، لم يكن هناك تعليم ومناهج خاصة بالتوحديين قبل منتصف الســبعينيات من القــرن الماضي. وحيث إن هــؤلاء الأطفال لم يصنفــوا علــى أنهم معاقون حركيا أو عقليا، كما أن مــدارس التعليم العام لم تكن مستعدة لاستقبالهم، ولم تملك برامج مناسبة لهم، ولم يكن هناك ما يُلزم المؤسسات التربوية قانونيا بتوفير التعليم لهم، في الوقت الذي لم يستطع فيه الأهل توفير الرعاية لأبنائهم في المنزل، فكانت النتيجة أن كثيرين منهم وضعوا في المؤسسات ودور الرعاية قبل وصولهم إلى مرحلة المراهقة.

وأخيرا، وبعد أن بلغ الأمر مداه لدى الأســر، بحثــوا عن حلول قانونية لمســاندة قضيتهم، فرفعت الدعاوى ضــد المناطق التعليمية لإلزامها بتوفير التعليم الملائم للأطفال التوحديين. ووضعت على السيارات التي تجوب جميع أنحاء البلاد الملصقات التي تدعو إلى تعليم التوحديين. ولحسن الحظ فقد أثمــرت تلك الحملة وبدأت المناطق التعليميــة بتوفير فرص تعليم للأطفال التوحديــين. وفي العام 1974 وقع رونالد ريغان، حاكم كاليفورنيا (في ذلك الوقــت)، على قانون يلزم بتوفير صفوف مدرســية للأطفــال التوحديين. ونتيجــة لجهود الآباء ومؤيديهم، لم يعد هؤلاء الأطفال معزولين عن العملية التعليميــة. وعلى الرغم من أن تلك الفصول لــم تكن معدة وفعالة بالدرجة المأمولة، فإنها كانت بداية جيدة ومهدت لوضع إطار عملي للمستقبل.

هكذا نــرى أن المجتمع التربوي ومجتمع البحث العلمي، بالإضافة إلى الجمعيات التي تضم الآباء والمختصين، قد مارسوا أدوارا لها تأثير، وذلك من خلال التقييم العلمي والناقد للمعلومات حول التوحد. فهذا هو الطريق الذي أدى إلى تقدم المجال وتطوره حاليا، وهو ما ســيقود إلى التطور في المستقبل. لا ننكر أن العملية لم تكن سهلة، فالعلم والأبحاث والتحقق منها كل ذلك كان أمرا صعبا، والمجال مشــحون بالانفعالات العميقة، بالإضافة إلى وقوع كثير من الأخطاء سابقا.

* * *

2

سمات التوحد

– يبدو الطفل كأنه يعتبر الآخرين من حوله كأنهم متطفلون غير مرحب بهم لا يعيرهم إلا قدرا قليلا من الانتباه. وعندما تفرض عليه الاستجابة للآخرين فإنه يفعل ذلك بشكل مختصر جدا، ثم يعود إلى الانغماس في الأشياء الجماد من حوله. وعندما رفعت يد أمام عينيه بحيث لم يستطع تجاهلها، لعب بها لفترة قصيرة وكأنها شيء منفصل عن جسد صاحبها. أطفأ عود الكبريت الذي أشعله أحدهم أمامه وهو يشعر بسعادة للإنجاز الذي حققه من دون أن يلتفت للفرد الذي أشعل الكبريت.

(**ليو كانر**، «**اضطراب التواصل العاطفي لدى التوحديين**»، 1943).

– إن أكثر الأمور إثارة هو انعزاله وانفصاله عن الآخرين، يمشي كأنه في الظل، يعيش في عالمه الخاص.

(**ليو كانر**، «**اضطراب التواصل العاطفي لدى التوحديين**»).

«إن استجابة الأطفال التوحديين غير الطبيعية للبيئة المحيطة بهم أمر يدعو إلى الاهتمام، ليس لأن سلوكهم شاذ أحيانا، بل لأن تلك الصعوبات أو العجز الحسي يؤثر سلبا في قدرتهم على التعلم».

المؤلفة

– من النادر جدا أن يقول جملة من دون أن يكررها. فبالأمس مثلا ردد جملة «بعض الأبقار تقف في الماء» خمسين مرة على الأقل، ثم توقف وبدأ مرة أخرى يكررها مرة تلو المرة.

(«اضطراب التواصل العاطفي لدى التوحديين»، ليو كانر)

في العام 1943 قدم ليو كانر اختصاصي الطب النفسي للأطفال لدى جامعة جون هوبكنز أول وصف مفصل للحالة التي أطلق عليها «اضطرابات التواصل العاطفي التوحدية». وقد وصف كانر مجموعة مكونة من أحد عشر طفلا متشابهين فيما بينهم، ولكنهم يختلفون عن غيرهم من الأطفال ممن تنطبق عليهم معايير التشخيص لاضطرابات أخرى [1]. في تقريره الأول قدم كانر وصفا مفصلا وغنيا عن كل طفل من أولئك الأطفال، وقدم لنا بذلك لمحات رائعة لما نطلق عليه اليوم «اضطراب التوحد».

والعرض الأساسي لهؤلاء الأطفال – كما وصفهم كانر – هو عزلتهم الشديدة وتوحدهم مع أنفسهم، ويتضح ذلك في عجزهم عن إقامة علاقات اجتماعية طبيعية مع الآخرين أو البيئة المحيطة بهم. هذا العرض، أو هذه السمة هي ما دعت كانر إلى استخدام مصطلح «التوحد» في وصف تلك الحالة، حيث إنها (أي كلمة التوحد) مرتبطة بكلمة الذات، وهي المصطلح الذي استخدمه «يوجين بلولر» لوصف الانسحاب الشديد والعجز عن التفاعل أو الانسجام مع البيئة الذي يعاني منه الفصاميون [2].

أما الأعراض الأساسية الأخرى للأطفال التوحديين فهي:

1 – تأخر أو فشل في اكتساب مهارات الكلام.

2 – في حالة حدوث النمو اللغوي لديهم يكون ذا طبيعة غير تواصلية (أي لا يخدم التواصل).

3 – القيام ببعض الأنشطة المتكررة وذات الطابع الشعائري.

4 – مقاومة التغيير في البيئة المحيطة به والإصرار على بقاء الأشياء من حوله كما هي من دون تغيير.

5 – ذاكرة جيدة ولكن من دون فهم لمحتوى الأمور المستعادة.

6 – الافتقار إلى التخيل أو القدرة على اللعب التخيلي.

ركز كانر على أن الأعراض السـلوكية وغير الطبيعية للتوحديين تكون واضحة منذ الطفولة المبكرة، كما أوضح أن المظهر الخارجي لهؤلاء الأطفال يبدو طبيعيا، على العكس من سلوكهم الغريب والشديد الاضطراب.

وعلى الرغم من مرور سـنوات عديدة على تشـخيص التوحد، وعلى رغم الجدل بشـأن المعايير السـلوكية لتشـخيصه، يبقـى الاتفاق على أعراض التوحد الرئيسـية دليلا على مهارة كانر بوصفه باحثا متبصرا، والاختلاف يدور حول الأهمية النسبية لكل عرض من تلك الأعراض. إن النظرة المتأنية والفاحصة للتوحديـين توضح أن هناك فروقا فردية في شدة ونوع الأعراض، بالإضافة إلى أنهم قد يشتركون مع غير التوحديين مـن المعاقين في بعضها. إن ما يميز ذلك الاضطـراب هو تلك التوليفة الفريدة من الأعراض.

الصعوبات في السلوك الاجتماعي والارتباط مع الآخرين

- يبـدو الطفل راضيا ومقتنعا بوحدتـه، إذ لا يظهر عليه أي انفعال عندما يلمحه أحد، كذلك لا يلاحظ الآخرين عند حضورهم أو خروجهم، ولا يبدي فرحا لرؤية والده أو والدته أو زملاء اللعب، بل يبدو كأنه انسحب ليعيش داخل قوقعته الخاصة (وصف كانر للطفل دونالد ص 2) [3].

- تذكرت والدة «ريتشارد» أنه بينما أظهر طفلها الأصغر ردة فعل وأدى بعض الحركات متوقعا أن تحمله والدته، فإن «ريتشارد» لم يبد أي ردة فعل أو نشـاط أو تغير في وضع جسـمه متوقعا أن تحمله والدته أو الممرض. (وصف كانر لريتشارد ص 12).

- ليس لها علاقة بالأطفال الآخرين، لم تتحدث معهم أو تحاول التقرب منهم أو اللعب معهم. إنها تتحرك بينهم كمخلوق غريب، وكما يتحرك الفرد بين أثاث الغرفة. (وصف كانر لإيلين ص 32).

يبدو أن السـمة المميزة للتوحد عن غيـره من الاضطرابات هو العجز الشديد عن التواصل الاجتماعي والترابط مع الآخرين. فالطفل التوحدي لا يرتبـط بوالديه عـادة ولا يلعب مع الأطفال. وغالبـا ما يفضل الوحدة ويتجاهل مبادرات الآخرين.

كثيرا ما نسمع والدة الطفل التوحدي تقول إن طفلها لم يكن يرفع يديه متوقعا أن تحمله والدته، ولم يكن ينظر إليها عندما تفعل ذلك، بل ويظهر رفضا وضيقــا عندما تحمله أو تقترب منه وقد يوصف بأنه «طفل طيب» لأنه غير متطلب ولا يمانع بقاءه وحيدا في الســرير. من المحتمل أن يبكي الرضيع التوحدي إذا بلل نفســه (تبول) أو شعر بالجوع، أو قد ينغمس في موجة بكاء طويلة ولا تحتمل ولكنه لا يفعل ذلك لجذب انتباه والديه.

قد يصف والدا الطفل التوحدي طفلهما بأنه لا يرغب في أن يحتضنه أو يقبله أحد، وأحيانا يُظهر مقاومة ويتجنب تعبير الآخرين عن مشاعرهم تجاهــه أو أي صورة من صور التواصــل الاجتماعي، ومن ثم من الطبيعي ألا يشعر بالحزن أو الغضب عندما يغيب والداه، كذلك لا يفرح لعودتهما. ويبدو الطفل كأنه يلاحظهما كما لا يلجأ الأطفال التوحديون إلى والديهم عند الشــعور بالخوف أو عندما يكونون في مكان غريب طلبا للأمن، وإذا افترق الطفل التوحدي عن والديه أو ابتعد عنهما فلا يحاول البحث عنهما والعــودة إليهما ثانية، ومن هنا لا بد أن يحــرص الأهل على إبقاء الطفل تحت أنظارهم في الأماكن العامة.

وكثيــرا ما يشــعر الوالدان بــأن الطفل لا يحبهمــا أو يحتاج إليهما كبشــر، ولكنه يتعامل معهما كأشــياء تقدم له ما يريــده أو يحتاج إليه. دعنا ننظر إلى دوني البالغ من العمر ثلاث ســنوات والذي كان بصحبة والدتــه في غرفة مملوءة بالألعاب. فبينما كانت تحاول أن تجعله يقترب منهــا أو ينظر إليها أصر من جانبه علــى إهمالها في الوقت الذي كان فيه منشغلا في لعبة البنغ بونغ، ولم ينتبه لوجود والدته إلى أن أمسكت بذراعــه محاولة جذب انتباهه، وعند ذلــك تعمد أن يبتعد عنها ووضع وجهــه على الحائط في حركة واضحة تهدف إلى إبعاد والدته عنه. قد يندهــش الفرد العادي من محاولة إبعاد الطفــل لوالدته، لكن هذا أمر طبيعي بالنسبة إلى طفل توحدي.

قــد لا يتواصل الطفل التوحدي مع الآخرين بالنظر عينا بعين. أحيانا يتجنبــون مثل هــذا التواصل، وهو ما يســمى بـ «غــض البصر» (Gaze aversion)، وأحيانا يبدون وكأنهم ينظرون من خلال شخص ثالث.

نـــادرا ما يندمج أولئـــك الأطفال في الألعاب الجماعيـــة (التفاعلية). فالطفل التوحدي يفشـــل في تكوين مهارات التواصل مع الآخرين أو على الأقل يتأخر في ذلك. إن الانتباه (أو الانجذاب) المتبادل مطلب مهم وخطوة أولى لتواصل أكثر تعقيدا وللتفاعل الاجتماعي، وبالتالي فإن الافتقار إلى هذه المهارة يعتبر عرضا أساسيا للتوحد.

كما هو متوقع من فرد يعيش في عزلة فإن المتوحد لا يبدي أي تعاطف أو تفهم لمشـــاعر الآخريـــن. فلو عاد الطفل التوحدي من المدرســـة ووجد والدته تبكي فإنه لن يحاول أن يواســـيها، بل ستكون ردة فعله غير مناسبة (قـــد يضحك مثلا أو يحاول لمس دموعها بفضول)، وقد لا يلاحظ بكاءها إطلاقا، ونادرا ما يشارك المتوحدون الآخرين في أفراحهم، كما لا يسمحون للغير بأن يشاركهم في المرح.

وكمـــا هي حالهم مع والديهـــم لا يتجاوب الأطفـــال التوحديون مع أقرانهـــم، بل يهملونهم ويتجنبـــون التفاعل معهم. وإذا سُـــئل أحد آباء التوحديـــين كيف يمكن تمييز طفله التوحدي بين مجموعة من الأطفال، فستكون الإجابة أنه الطفل الذي يلعب منفردا بعزلة عن الآخرين. وفي حالة أبدى الطفل التوحدي اهتماما في اللعب مع أقرانه فإن المشـــاركة الفعليـــة تكون بالمشـــاهدة فقط. أما إذا بادر باللعب فســـيكون بطريقة غير مناســـبة، كمقاطعة اللعب والتلفظ بألفاظ غريبة (مثال على ذلك مقاطعة الأقران خلال لعبة إمســـاك الكرة، بأن يقذف الكرة بعيدا وهو يصرخ: «سوف أغامر ألف مرة، إليكسي»).

ولأن اســـتخدام الألعاب أمـــر متعلَّم في البيئـــة الاجتماعية، فليس مستغربا أن يعاني الطفل التوحدي عجزا في مهارات اللعب. فقد يهمل الأطفال التوحديون الألعاب أو يســـتخدمونها في أغراض مختلفة تماما عن الهدف الذي صنعت من أجله، وأحيانا يهتمون بجزء أو قطعة واحدة من اللعبة فقط. فلو أعطينا الطفل التوحدي ســـيارة مثلا، فلن يحركها علـــى الأرض، بل قد يلوح بها في الهواء بشـــكل متكرر أو يدير عجلاتها أمام عينيه.

وبالإضافة إلى ذلك فإن التوحدي لا يستطيع التخيل أو اللعب التمثيلي، ولعبــه الذي يبــدو خياليا هو فقط عبارة عن مقاطــع ثابتة يعيدها مرارا وتكرارا بتغيير بســيط أو مــن دون أي تغيير على الإطلاق، ولنضرب مثلا على ذلك: طفلا توحديا أُعطي لعبة عبارة عن ســيارة ومجسمات لأفراد ومنزل، سيفعل التالي: يقدم السيارة للمنزل ويضع فيها مجسمين لأفراد، ثم يقود الســيارة لمنزل آخر وينزل المجسمين، مكررا ذلك وبالترتيب نفسه وبدقة شديدة ومرات عدة. أو أن الطفل يحب الرسم ولكنه يرسم الصورة نفسها بتكرار أيضا.

حتى التوحديون ذوو القدرات الوظيفية العالية (من دون تخلف عقلي) لا يهتمون بتكوين صداقات مع الغير ويفضلون الوحدة ويعجزون عن تفهم اهتمامات الآخرين، كما أنهم لا يستجيبون لهم. ولتوضيح ذلك نعطي مثلا بشاب توحدي يبلغ من العمر 22 عاما حصل منذ فترة وجيزة على شهادة ماجســتير في الهندسة، هذا الشاب له القدرة على الحديث ولفترة طويلة عن الجســور والمصاعد، ولا تفلح جهود مســتمعيه الذين يبدو عليهم الملل في تغيير موضوع الحديث، حيث يواصل حديثه إلى أن يُطلب منه وبوضوح التوقف عن الحديث بشــأن الجســور والمصاعد. وطــوال فترة حديثه لم يحاول الســؤال عن اهتمامات أو أنشطة مســتمعيه. ولم يقدر حاجاتهم، وحتــى لو كان لديــه الاهتمام بالآخريــن فإنه لا يملك المهــارات اللازمة للمشاركة الاجتماعية بشكل مناسب.

الصعوبات في التواصل

– بــدا دائما وكأنه كالببغاء يعيد الكلمات التي ســمعها ســابقا. كان يستخدم الضمائر الشخصية بطريقة عكسية أو غير سليمة، فإذا أراد من والدته أن تخلع له حذاءه يقول: «اخلعي حذاءك»، أما إذا أراد الاســتحمام فيقول «هل تريد الاستحمام؟» (وصف كانر للطفل دونالد ص 4).

– الكلمات بالنسبة إليه ذات معنى محدد، جامد وغير مرن، يبدو وكأنه لا يستطيع التعميم، أو التعبير عن شيئين متشابهين بمعنى أو مفهوم واحد. وإن فعل ذلك أحيانا فسيكون تعويضا للكلمة الأصلية، فمثلا قد يسمي كل

زجاجة من زجاجات الألوان المائية باسم آنيت للون الأزرق، وسيسيل للون الأحمر، ثم بعد ذلك يبدأ بإطلاق أسماء مركبة على تلك الألوان، ويؤدي العملية هذه بالأسلوب التالي: آنيت سيسيل معا يكونان اللون البنفسجي (وصف كانر لدونالد ص 4).

- قد ترجع بعض الجمل والتعابير التي يستخدمها إلى خبرات سابقة مرت عليه. فمن عادة الطفل بول أن يكرر يوميا جملة «لا تقذف الكلب من الشرفة». وقد تذكرت والدته أنها كانت قالت له هذه الجملة بخصوص لعبة على شكل كلب عندما كانوا يعيشون في لندن (كانر يصف الطفل بول ص 150).

يعتقد كانر أن فشل الطفل أو تأخره في اكتساب اللغة عرض أساسي من أعراض التوحد، وهو اعتقاد مازال منتشرا حتى الآن. إذ يفشل 50% من الأطفال التوحديين في اكتساب اللغة والاستخدام الوظيفي لها، وإن اكتسب الطفل التوحدي اللغة فإن استخدامه لها لا يخدم التواصل مع الآخرين. وتختلف لغتهم وبشكل نوعي عن لغة الأطفال العاديين أو المصابين باضطرابات لغوية أخرى [4]. وعلى الرغم من أن عدم استجابة الأطفال للبيئة وللآخرين تقلق آباءهم، فإن فشل، أو تأخر هؤلاء الأطفال في اكتساب اللغة واستخدامها هي ما يشد انتباه الآباء وينبههم إلى أن طفلهم يعاني مشكلة حقيقية.

وبالإضافة إلى عدم القدرة على الكلام يفتقر الأطفال التوحديون إلى أساليب التواصل غير اللغوي أحيانا، فالطفل التوحدي لا يهز رأسه ليقول لا. أو يطأطئها ليقول نعم، ونادرا ما يشير بيديه ليقول وداعا، أو يعطي قبلة في الهواء للآخرين، أو يستخدم أي تعبيرات تفيد التواصل الاجتماعي. ومن الأعراض الأخرى التي ذكرت كثيرا عدم استخدام الأطفال التوحديين الإشارة لجذب انتباه الآخرين والتي اتخذت بوصفها مؤشرا على وجود مشكلة حقيقية، فإذا أراد الطفل التوحدي شيئا فلن يشير ليدل والدته عليه، بل سيمسك بيدها ويقودها ليضع يدها على ذلك الشيء أو المكان الذي يريده، وهو ما يسمى الإشارة الدلالية (Protoimperative pointing)، كذلك لا يستخدم التوحديون الإشارة

إلى الأشـياء في البيئة مـن حولهم لنقل خبراتهم إلـى الآخرين، وهو ما يسـمى الإشـارة الإعلانية (Protodeclartive Pointing) مثل رؤية سـيارة المطافئ أو الطائرة. وكما ذكر سـابقا يعاني التوحديون عجزا عـن التواصل البصري لجـذب انتباه الآخرين، وهو مـا يعتبر طريقة مبكـرة لقول «انظر إلى هذا الشـيء». بالإضافة إلى ذلك يسـتبعد أن يقوم الطفل بإيماءات معينة ليوصل فكرة ما، فلن يتظاهر بأنه يسـكب العصير في كأس في محاولة للتعبير عن رغبته في الحصول على بعض العصير مثلا.

من دون علاج مكثف سـيبقى كثيـر من هؤلاء الأطفال غير قادرين على التواصل والتعبير أو فهـم الكلام الموجه إليهم. لكن البعض منهم يكتسـب القـدرة على الكلام مبكرا، حيث يسـتخدم كلمـات قليلة أو مقاطع بسيطة جدا، ولكنه يفقدها في نحو 18 - 30 شهرا من عمره، وهكذا فإن الطفل قد يقول كلمة مثل «ماما» أو «بسـكويت» أو «أذهب سيارة»، ولكنه يفقد تلك الكلمات التي سبق أن اكتسبها بصورة مفاجئة وسريعة. ويفشـل في التطور لغويا بعد ذلك. فكثيرا ما يذكر الآباء أن طفلهم قال كلمة أو جملة بوضوح في مناسبة ما، ولكنه لم يكررها قط بعد ذلك.

أما من يستطيع الكلام من الأطفال التوحديين فإن لغتهم تكون مضطربة بشـكل واضح، وتتميز بالمصـاداة (Echolalia)، أي إعادة وتكرار الكلمات والجمل التي سبق أن سمعها من الآخرين من دون إدراك معناها [5].

وتأخذ المصاداة أكثر من شـكل فهناك المصاداة المباشـرة، حيث يكرر الطفل مباشرة وبعد لحظات ما سمع من الآخرين. مثال على ذلك، عندما سئلت الطفلة سـوزان: «أين معطفك يا سـوزان؟» كانت استجابتها: «أين معطفك يا سـوزان؟»، مباشـرة. أما النوع الثاني فهـو المصاداة المتأخرة، وهنـا يعيد التوحدي ما كان قد سـمعه قبل دقائق أو سـاعات أو أيام أو حتى سـنوات، ولأن هناك فرقا زمنيا بين السـمع والإعادة تأتي الكلمات غير مناسـبة من حيث المعنى، بل تبدو غريبـة أحيانا. في بعض الأحيان يمكن التعرف على بعض الكلمـات الأصلية التي يقلدها الطفل ويكررها،

كما هي الحال عندما يعيد الطفل إعلانا تجاريا سـمعه من التلفزيون، أو تعليمات سـمعها من المـدرس، أو أوامر وجهت إليه مـن قبل والديه، كأن يقول بول: «لا تقذف الكلب من البلكون»، فالمستمع هنا يستطيع أن يتعرف علـى الكلمة الأصلية وكأنها صدى لكلمة أو شـيء نعـرف أن الطفل قد سـمعها من قبل، وفي بعض الأحيان يكون مسـتوى الكلمات متقدما جدا عن مستوى النمو اللغوي للطفل، في معظم الأحيان لا تهدف هذه الكلمات إلـى التواصـل: فالأطفال لا يدركون معنى الكلمات التـي يقولونها كما لا يستطيعون توظيفها في بيئتهم.

يمكـن التعـرف على بعض الظروف أو الأسـباب التـي تجعل الطفل التوحدي يعيد الكلمات التي سـمعها (المصاداة)، ومن هذه الظروف عدم فهم الطفل للمثير (الكلمات التي سمعها) (6). فهناك احتمال كبير أن يكرر الطفل عبارة ما إذا لم يسـتطع تذكر الاستجابة المناسبة لها، وذلك نتيجة عدم فهمه لها. نضرب مثلا على ذلك، إذا طُلب من الطفل أن يلمس رأسه، فهنـاك إمكان كبير أن يفعل ذلـك، ولكن إذا طلبنا منه أن يلمس جمجمته فسوف يعيد الكلمة نفسها، ذلك لأنه لن يفهم معنى ما طُلب منه. وبالتالي يمكن القـول إن الطفل يؤدي المصـاداة نتيجة عدم فهمـه للمثير اللغوي الموجه إليه.

أما أسـباب المصاداة المتأخرة (غير المباشـرة) فإن فهمنا لها أقل من السـابقة، ومع ذلك فإن التقارير الفردية تشـير إلى زيادة احتمال حدوث هذا النوع في حالة الانفعال الشـديد. ومثـال على ذلك ما قام به الطفل «بوبـي» عندما واجهه كلب («بوبي» طفل توحدي يخاف من الكلاب) حيث تراجع للخلف وأخذ يصرخ بصوت عال: «لن يؤذيك يا بوبي، الكلب حيوان أليـف يـا بوبي». فمن الواضـح أن هذه تطمينات سـمعها عندما تعرض لظروف مشـابهة في السابق. وفي أحيان أخرى يكون سبب المصاداة غير معروف، ففي مناسـبة أخرى عندما ووجه بوبي بكلب أخذ يصرخ ويقول: «إنه ليس ثقلا زجاجيـا»، «قلت لك أن تذهب إلى الفراش حالا»! فواضح هنـا أنه لا يوجد ارتباط بـين المثير البيئي المباشـر والمثير اللفظي الذي تحدث به بوبي.

فمن المحتمل أن ما نلاحظه في طريقة استخدام التوحديين للضمائر مرتبط بالمصاداة، حيث تستخدم الضمائر بصورة عكسية، فالتوحدي يشير إلى نفسه بـ «أنت» أو باسمه بدلا من أن يقول «أنا». والمقاطع التي ذكرت سابقا من لغة دونالد مثال على ذلك، فما من شك في أن دونالد سمع والديه يقولان: «هل تريد الاستحمام؟» عندما كان في مواقف قام فيها والداه بإعطائه حماما. وقد تكون المصاداة تعبيرا من الطفل عن رغبته في الحصول على شيء ما، كأن يقول الطفل: «هل تريد الذهاب إلى الخارج؟»، أو «هل تريد قطعة بسكويت؟»، وذلك ليعبر عن أن تلك هي رغبته. فهذه عبارة عن مصاداة لجمل أو مقاطع سبق له سماعها في المواقف التي حصل فيها على ما يريد.

من الجدير بالذكر أن المدرسة التحليلية كانت قد أرجعت فشل الطفل في استخدام الضمائر بصورة صحيحة إلى إنكاره لوجود ذاته. غير أن وجهة النظر الحديثة والمنطقية ترى أن الاستخدام المعكوس للضمائر هو نتيجة للمصاداة.

إحدى صور اضطرابات اللغة المنتشرة بين التوحديين هي استخدامهم لغة وألفاظا غريبة مستحدثة للتعبير عن أشياء معروفة ومحددة الاسم. ومثال على ذلك، استخدام دونالد أسماء مختلفة للتعبير عن الأسماء المعروفة للألوان.

طفل آخر يشير إلى لعبته الميكانيكية قائلا «البقرة تقول»، والواقع أن تلك اللعبة عند تشغيلها بطريقة معينة تخرج صوتا مسجلا يقول «البقرة تقول مو»، وطفل ثالث يشير إلى أي شريط في مسجل بقوله «يحطم ذاتيا في خمس ثوان» (واضح أن ذلك المقطع أُخذ من المسلسل التلفزيوني «المهمة المستحيلة»). ومن أمثلة ابتكار ألفاظ جديدة للتعبير عن مفاهيم أو أشياء قديمة ومألوفة، استخدام أحد الأطفال للفظ «بلينك» ليشير إلى أي قلم من الأقلام.

خلل العروضية (dysprosody) هو إحدى صور الاضطراب اللغوي الأخرى لدى التوحديين، إذ تكون نبرة الصوت مضطربة، فهي إما مندفعة أو على وتيرة واحدة، فإما أن يكون كلامهم سريعا أو بطيئا جدا، وقد

يشـــددون على مقطع محدد من الكلمة بصـــورة غير ملائمة، بالإضافة إلى الأخطاء في القواعد. ولسوء الحظ فإن كل هذه الأخطاء العروضية تجعل لغة التوحديين حتى من يتمتع منهم بمهارات لغوية جيدة نســـبيا، صعبة الفهم.

ولاضطراب التواصل جوانب أخرى، فغالبا ما يعاني المتوحد ضعفا شـــديدا في فهم اللغة، حيث تســـتخدم لديهم للاستثارة الذاتية وليس بهـــدف التواصل مع الآخرين [7]. وهكذا فإن الطفل التوحدي قد يعيد أصواتا وكلمات، وعبارات محددة، ليس بهدف التواصل، ولكن للوصول إلى الاســـتثارة التي يمنحهم إياها التكرار. بالإضافة إلى ذلك فإن لغة التواصل لديهم محـــدودة بالزمن الحاضر فقط، فهم يعانون صعوبات واضحـــة في التعبير عن الماضي أو المســـتقبل أو عن أحداث مفترضة أو متوقعة.

إن لغـــة التوحديـــين حرفيـــة تماما، حيـــث تفتقر إلى التشـــبيه، الاســـتعارة، أو الفكاهة، فإذا قيل لطفل توحدي: «إن الســـماء تمطر كلابا وقططا» فســـوف يندفع إلى الخارج ليرى القطط والكلاب التي تتساقط من السماء. أما المزاح فلا يجد صدى لدى الطفل التوحدي، حيث إنه لا يســـتوعب النكتة ولا تصل إليه. إن الحرفية الشديدة في لغة التوحديين تتعارض مع أبســـط طـــرق التواصل، وأذكر مثالا على ذلك داني، الطفل التوحدي الذي كان يتلقى العلاج على يد أحد طلبة الدراســـات العليا اسمه «ريك»، ولسبب ما كان داني ينادي ريك باسم «بوســـتر»، ما أصاب ريك بالإحباط فقال له: «داني إن اســـمي ليس بوســـتر»، وكانت النتيجـــة (كما يتوقع الكثيـــرون) أن داني بدأ يناديه «ليس بوستر»، واستمر في ذلك.

إن لغـــة التوحديين الذين يعانون من حالات توحد خفيفة ويمتلكون قدرات لغوية جيدة نســـبيا، تفتقر إلى العاطفة أو الخيال أو استخدام المفاهيـــم المجـــردة. كمـــا أن محاولة الحصـــول على جملـــة تعبر عن انفعالاتهم ســـتقابل بإجابة لا معنى لها، مثل «لقد كانت جيدة» أو «لقد كانت سيئة» أو التعبير المفضل لديهم «لا أعرف». حتى الأسئلة المباشرة

جدا تقابل باســتجابات غريبة وشــاذة أحيانا. ومثال على ذلك إجابة أحد التوحديين عندما ســئل عن شــعوره عندما توفيت والدته، حيث قال: «لقد كانت في الثامنة والســتين». من المدهش والمروع الاســتماع إلى محادثة مجردة تماما من العاطفة أو المشــاعر، ولكن هذه هي حال لغة كثير من التوحديين.

السلوك النمطي والمتكرر والمحدد

– إن الجزء الأكبر من «محادثته» عبارة عن أسئلة مكررة بصورة قهرية لا إراديــة، وقد بدا وكأنه لا يتعــب أبدا من تكرار العبــارات التالية: «كم يوما في الأســبوع؟»، «وكم سنة في القرن؟»، «وكم ساعة في اليوم؟»، «وكم ســاعة في نصف اليوم؟»، «وكم ســاعة في القرن؟»، «وكم قرنا في نصف الألفية؟»، إلى آخره، «كم لترا في الغالون؟»، «وكم غالونا نحتاج لنملأ أربعة غالونات؟» وأحيانا كان يســأل «كم ســاعة في الدقيقــة؟»، «وكم يوما في الساعة؟»، وهكذا. (وصف كانر لدونالد ص 7).

– مــن هواياته الجديــدة الاهتمام بالأعداد القديمــة لمجلة التايم، فقد وجد نســخة من العدد الأول من شــهر مــارس 1923، ثم حاول أن يصمــم قائمة بتواريخ صدور كل عدد منذ ذلك التاريخ، واســتطاع أن يتابع الأعداد حتى شــهر أبريــل 1934. لقد تمكن من معرفة عدد الإصدارات في كل مجلد وأشــياء أخرى لا قيمة لها في المجلد (وصف كانر لدونالد، ص 8).

– لقد رفض وبإصرار أن يتناول أي سائل إلا في أكواب زجاجية. وفي إحدى المرات وعندما كان في المستشــفى أمضى ثلاثة أيام من دون تناول أي ســوائل لأنها كانت تقدم له في أكواب معدنية. إنه يصاب بالضيق عند أي تغييــر في البيئة التي تعودهــا، ويصاب بالتوتر ويبكي بشــدة عندما يلاحظ التغيير. (وصف كانر لهربرت، ص 20).

يتميز ســلوك كثير من الأطفــال التوحديين بالاندفاع، والشــعائرية، والتكرار، والقهرية (لا إرادي)، والنمطية، وقد يشمل ذلك السلوك حركات دقيقة وحركات غير دقيقة، أو سلوكا شعائريا شديد التعقيد. هذه الأنماط

السلوكية عادة ما تكون متمركزة حول ذات الطفل ونادرا ما تخدم أي وظيفة أكثر من استثارة الطفل بزيادة أو خفض التوتر الذي ينتج عن منع الطفل من أداء تلك الأنماط السلوكية [8].

الحركات الرئيسية التي يؤديها التوحدي هي غالبا التأرجح بصورة متكررة، وهز الرأس أو ضربه بالحائط، والتصفيق باليدين، والدوران. ومن الحركات الدقيقة، تحريك واهتزاز الأصابع، والتحديق في اليدين ووضعهما أمام العينين، وشد الشعر، واللعب في اللعاب، والتكشير والاحولال.

وعادة ما يستخدم الطفل التوحدي بعض المواد غير الحية (الجماد) في تلك الحركات كأن ينقر على شيء ما، يبرم غطاء المقلاة، أو جزءا من خيط، يقلب صفحات كتاب، أو يحرك شيئا أمام وجهه، أو يدير عجلة سيارة، بالإضافة إلى التلفظ بأصوات أو مقاطع كلمات لا معنى لها، أو تكرار جمل وكلمات من ابتكاره. ومن الشائع أيضا تكرار مقاطع من أغان.

وعادة ما يشار إلى تلك السلوكيات بـ «المثيرات الذاتية» للدلالة على أن وظيفتها هي إثارة الحواس، أو بـ «السلوكيات النمطية» وذلك إشارة إلى طبيعتها التي تتسم بالتكرار والنمطية.

وينتج عن سلوك الاستثارة الذاتية مشكلات عدة مثل:

أولا، كثير من هؤلاء الأطفال يقضون جزءا كبيرا من وقتهم في ممارسة تلك الأنشطة، وعلى الرغم من الفروق الفردية في الوقت الذي يمضيه كل منهم في تلك الأنشطة، فإن البعض منهم يقضي معظم وقت الصحو لديه في ذلك السلوك من دون أداء أي نشاط آخر. ثانيا: إن ذلك السلوك يبدو غريبا وشاذا وبالتالي يجلب «الوصمة» لهؤلاء الأفراد. وأخيرا: أثبتت كثير من الأبحاث أن «الاستثارة الذاتية» التي يقوم بها التوحديون تتعارض مع أو تعوق تجاوبهم مع البيئة الخارجية، ومع قدرتهم على التعلم. ونتيجة لذلك انصب جزء كبير من الأبحاث على دراسة طبيعة سلوك «الاستثارة الذاتية» وكيفية وقفه أو القضاء عليه. ولسوء الحظ فإن فهم ذلك السلوك مازال أمرا صعبا، كما أن المعلومات عنه قليلة.

هناك أنماط سـلوكية قهرية وشعائرية أخرى يمكن ملاحظتها عند التوحديين، مثل قيام الطفل التوحدي بوضع أشـياء على شـكل طابور بشـكل متكرر، أو أن يتبع خطوط السيراميك في الأرضيات، أو خطوط ورق الجـدران، أو أن يقـوم بتركيب المكعبات بشـكل متطابق وبتكرار. وأحيانا يرتب السـيارات الصغيرة في صفوف وبدقة شديدة بدلا من أن يلعـب بها، وأحيانا أخرى يصنفهـا وفق اللون أو يرتبها في اتجاه واحد، وأي تغيير في ذلك الترتيب بالزيادة أو النقص لتلك السـيارات أو إعادة ترتيبهـا يواجه بثورة أو نوبة غضب من قبـل الطفل الذي يعيد ترتيبها بإحكام من دون أي تغيير.

ومن الأعراض الأخرى للتوحد إصرار الطفل على اصطحاب شـيء جمـاد معه وباسـتمرار (مثل صخرة صغيرة، عصـا، قطعة قماش، أو لعبة محددة). وهو يصطحب هذا الشـيء في كل الأوقات وأينما ذهب، ويقاوم إبعاده عنه بشـدة. أذكـر حالات عدة لأطفال توحديين عرفتهم كانوا يصرون على اصطحاب وحمل بعض الأشـياء معهم وباسـتمرار. فهناك طفل مثلا كان يصر على حمل علب الوجبات السـريعة، أو أوتاد صغيرة للألعاب (واحدة في كل يد)، أو أوراق شـجر، أو بعض صفحات دليـل التلفون، أو أغطية الزجاجات الفارغة. وأذكر أيضا طفلا لم يكن مرتبطـا ببطانيـة أو دب صغير، ولكنه كان مرتبطا بمكنسـة كهربائية صغيـرة معه للسـرير ليلا، وفتاة أخرى كانت تصر على حمل مجسـم لإشارة الوقوف أينما ذهبت.

يقاوم الأطفـال التوحديون التغيير في البيئة مـن حولهم، وهو ما وصفـه كانر بـ «الرغبـة الملحة للإبقاء على الأشـياء كما هي». وعادة مـا يلاحظ التوحديـون التغير في ترتيب الأثاث بسـرعة كبيرة جدا، ويحاولون إعادته كما كان، أما إذا عجز الطفل عن ذلك فسيغضب كثيرا حتى تصحح الأمور ويعود ترتيب الأثاث كما هو. وللأطفال التوحديين القدرة على ملاحظـة التفاصيل الدقيقة جدا، كأن يلاحظ الطفل أنه تم تحريك تمثال صغير من مكانه، أو أن علبة البسـكويت وضعت في مكان خطأ أو غير مناسـب على رف الحلويـات. ولتوضيح ذلك نذكر

مثال إحدى الفتيات الصغيرات التي كانت تغضب بشدة إذا حدث أي من الأمور التالية: ترك علبة الحلويات مفتوحة، أو ترك الجرار مفتوحا، أو ترك كرسي والدها الهزاز في وضع الاسترخاء، أو أن تترك ستائر غرفة الطعام نصف مفتوحة... وهكذا. وبالطبع فإن والديها وأشقاءها كانوا يتسابقون لإصلاح الأمور التي تسبب لها الإزعاج.

كما يسبب التغيير في الروتين اليومي للأسرة، أو الطريق الذي تتبعه في رحلاتها اليومية كثيرا من الإزعاج. إن أي تغيير في الجدول اليومي المتوقع أمر لا يمكن احتماله، وبالتالي فإن الإبقاء على الروتين اليومي يعد أمرا حتميا بالنسبة إلى الوالدين. فإذا اعتاد الطفل أن يركب السيارة للوصول إلى مكان ما كالمدرسة أو أي مكان مألوف آخر فإن أي تغير في المسار سيؤدي إلى نوبة غضب من جانب الطفل. وقد ذكرت والدة أحد الأطفال التوحديين أنها حصلت على عدة مخالفات مرورية في الفترة الأخيرة، لأنها لم تتوقف عند الإشارة التي وضعت حديثا في المنطقة التي تسكن فيها. حيث إن طفلها اعتاد على أن تحافظ الأم على السرعة نفسها في تلك المنطقة، فكان أي توقف من جانبها يقابل بالثورة والصياح من قبل الطفل.

من الأمور الأخرى التي نلاحظها على التوحديين انغماسهم في حركات أو أنشطة شعائرية، مثلما يحدث عندما يحفظ الطفل معلومات ليست لها أهمية أو قيمة في حياته ويكررها فترة طويلة، أو عندما يتتبعون مسار قطار، أو برنامج الباص، أو برامج وفقرات التلفاز، أو أرقاما في دليل التلفون، أو تواريخ محددة، ومثال على ذلك: انشغال دونالد بتصنيف وترتيب أعداد مجلة التايم. إن قدرة هؤلاء الأفراد على حفظ وإعادة كثير من المعلومات على الرغم من عدم أهميتها تثير الدهشة، فالفرد منهم قد لا يركب الباص الذي حفظ جدوله، ولا يشاهد الفقرات التلفزيونية التي حفظ أوقاتها، أو يستخدم أرقام التلفون التي حفظها، ومن هنا فإن الأهمية تتمثل في عملية حفظ المعلومات والإبقاء عليها، لا المعلومات بحد ذاتها.

إن الأفعال القهرية والشـعائرية قد تنطوي على أداء أنماط سـلوكية محددة ومن دون تغيير، ومثال على ذلك الإصرار على مشـاهدة برنامج تلفزيوني محدد يوميا وفي الوقت نفسه، أو الضرب بالأصابع على زجاج الباب ثلاث مرات قبل المرور من خلاله، أو استخدام أدوات الطعام نفسها دائما من دون تغيير، (مثل «هربرت» الذي يصر على استخدام كوب معين في الشـرب)، أو ارتداء لون معين من دون غيره، أو طي فرش السـرير بطريقة محددة. ولكثير من التوحديين شعائرهم وطريقتهم الخاصة في تناول الطعام! فقد يأكلـون صنفا أو صنفين من الطعام فقط، أو طعاما له لـون معين وواحد، أو يضعون الطعام في جـزء محدد من الطبق. إن تلك الأنماط السـلوكية قد تكون مزعجة للوالدين والأسرة أيضا، ومثال علـى ذلك، أحد الأطفال التوحديين الـذي كان يصر على لعق لوحة كل سـيارة يمر بجانبها. ومن الطبيعي أن الأسرة أصبحت تحاول أن تتفادى مصاف السـيارات كلما أمكن ذلك، أما إذا كان لا بد لهم من اسـتخدام مصاف السـيارات فإنهم يحاولون إيجاد مكان لسيارتهم قريب جدا من المكان الذي يقصدونه.

هنـاك صورة أخـرى للسـلوك القهري تبدو واضحـة لدى بعض التوحديين ممن يملكـون قدرات لغوية متطورة، وهي تكرار الأسـئلة مـع الإصرار على الحصول على إجابة محددة من المجيب، أو بطريقة معينة، وإلا فإن الطفل سيشعر بالتوتر والغضب. أما إذا اشترك الطفل التوحـدي في محادثة تتنـاول موضوعا مفضلا لديـه فمن الصعب إقناعه بتغييـر ذلك الموضوع أو اتجاه المحادثـة، (مثل حالة المهندس المشـغول بالمصاعد والجسـور) أذكر أن أحد الأطفال التوحديين كان شديد الاهتمام والانشغال بسـيارات «الفولفو»، حيث كان يحمل معه كتيبا يصف تلك السـيارات أينما ذهب، يبحث عن سـيارات الفولفو في الشـارع، ويعمـل باجتهـاد كبير فـي مقابل وعد بزيارة معرض سـيارات الفولفو، والسماح له بالسير بين السـيارات. شاب توحدي آخر كان مغرما بالمعلق التلفزيوني دان راذر، وكان يتكلم عنه باستمرار دون غيره.

الاستجابات الشاذة للبيئة الطبيعية

- غالبا، عندما يوجه إليه الحديث، فإنه يستمر فيما يفعله وكأنه لم يسمع شيئا مما قيل. ومع ذلك فإن الفرد منا لا يشعر بأن الطفل يتعمد العصيان أو العناد، ولكنه يبدو منسحبا وكأن الكلمات التي قيلت لم تصل إليه. (وصف كانر لبول. ص 14).
- يبدو «مجرد الذهن، ما جعله غائبا عن كل ما يعنيه»، (وصف كانر لدونالد، ص 3).
- إحدى المشاكل المحيرة وغير المشجعة هي الصعوبة الكبيرة التي يواجهها الفرد منا في محاولة لجذب انتباهه (وصف كانر لريتشارد، ص 12).

يوصف الأطفال التوحديون عادة بأنهم يظهرون عجزا عن الاستجابة للبيئة الحسية من حولهم، أو الاستجابة بصورة غير طبيعية. وعادة ما يشك الآباء في أن الطفل لديه عجز حسي مثل العمى أو الصمم، ذلك لأن الطفل لا يبدي أي استجابة للأصوات العالية أو عندما يناديه أحدهم، أو لأي مثيرات سمعية أخرى. كما أن فشل الطفل في اكتساب وتطوير مهارات اللغة يعتبر سببا آخر لجعل الوالدين يعتقدون أن طفلهم معاق سمعيا. وشبيه بذلك عدم استجابة الطفل للمثيرات البصرية؛ فالأطفال التوحديون لا يعيرون الآخرين انتباها عندما يدخلون الغرفة، كما أنهم لا يتبعون الأفراد أو الأشياء الموجودة في مجال نطاقهم البصري. ما أشرنا إليه ليس في الواقع إعاقات حسية حقيقية، ولكنها أعراض توحدية، ويجدر بنا أن نذكر أن هناك فروقا فردية بين التوحديين في هذا المجال. وهكذا فإن الطفلة التوحدية التي لا تستجيب للأصوات العالية أو عندما يناديها الآخرون بالاسم قد تستجيب لصوت الورق المغلف للشيكولاته، وقد تعيد المقاطع الدعائية أو الإعلانات التي تسمعها في التلفزيون، وقد تكون شديدة الحساسية للأصوات ما يدفعها إلى أن تغطي أذنيها عند سماع مواء قطة مثلا. أما الطفل التوحدي الذي يبدو وكأنه كفيف ولا يستجيب للآخرين في دخولهم وخروجهم من حوله فإنه يركز على قطعة حلوى صغيرة وبعيدة

عنه عدة أقدام، أو على نسالة خيط تسقط خلال ضوء خافت. ومن ثم فإن ما نلاحظه من اضطراب وشــذوذ في الاستجابات الحسية لهؤلاء الأطفال ليس نتيجة عجز حســي، ولكنها اضطرابات في ســلوكه تمثل أعراضا للتوحد.

أحد الأمور الأخرى التي نلاحظها على الأطفال التوحديين هو الغرابة في اهتماماتهم الحسية، كالرغبة في أن يضعوا أيديهم على أقمشة معينة، ولعق أشــياء محددة، وشم الآخرين، أو وضع الأذن على مثير صوتي معين مثل ســماعة الاســتريو. عرفت طفلة توحدية كانت تقتــرب من الرجال الغرباء وترفع ذيل البنطلون وتلمس جواربهم، ما ســبب كثيرا من الإحراج لوالديها. ويقوم أولئك الأطفال أحيانا بالتحديق وبشكل متعمد في الأشياء التي تدور مثل ســيفون الحمام، أو ماكينة الغســل، والمراوح. ينجذبون إلى بعــض المثيرات ويقتربون منها، والبعض الآخــر يحاولون تجنبه بكل جهد وبأي ثمن.

قد تكون اســتجابة الأطفال التوحديين عالية أو ضعيفة لمثيرات معينة مثل اللمس، والألم، والحرارة، وغالبا ما تسجل حالات لضعف الاستجابة للألــم، ومثال على ذلك عجز الطفــل التوحدي عن البكاء (أو اللجوء إلى أحد الوالدين طلبا للمواســاة) عندما يســقط فيخــدش ركبته أو يجرح رأسه. وغالبا ما تكون ردة فعل الطفل لمثل تلك الإصابات هي مواصلة ما كان يفعله وكأن شيئا لم يكن، بالدرجة التي تصيب من يشاهده بالدهشة. والحقيقــة أن كثيرا من الآباء يرون في هذا العــرض بالذات أمرا مقلقا جدا، حيث إن الطفل قد يعاني من جرح خطير من دون أن يدرك الوالدان ذلك، وعلى العكس من الضعف في الاستجابة الحسية، فإن بعض الأطفال التوحديين شــديدو الحساسية للتواصل الجســدي أو اللمس، ويصابون بالتوتر الشديد إذا لمسهم الغير، وهي الظاهرة التي تسمى بـ «الدفاع ضد اللمس» Tactile defensiveness.

إن اســتجابة الأطفال التوحديين غير الطبيعية للبيئة المحيطة بهم أمر يدعو إلى الاهتمام، ليس لأن ســلوكهم شاذ أحيانا، بل لأن تلك الصعوبات أو العجز الحســي يؤثر ســلبا فــي قدرتهم على التعلــم. فحيث إن التعلم

يستوجب الانتباه لمثيرات معينة في البيئة، فإن العجز عن ذلك سيؤثر وبلا شك في عملية التعلم بشكل مباشر. فكما سنرى في الفصول القادمة من هذا الكتاب، هناك كثير من الجدل بشأن عمليات الانتباه والتطور المعرفي لدى التوحديين.

الاضطرابات العاطفية

- إن لديه مخاوف كثيرة، وغالبا ما تكون مرتبطة بالأصوات الميكانيكية: «طاحونة اللحم، المكنسة الكهربائية، السيارات في الشوارع، القطارات، وغير ذلك». (وصف كانر لألفرد، ص 24).
- لقد كان «شديد الخوف من المياه الجارية، الغاز المشتعل، وأشياء كثيرة أخرى». (وصف كانر لهربرت، ص 20).
- يغضب ويتهيج عندما يوضع الخبز في الفرن لتحميصه، فهو يخاف عليه من الاحتراق أو الأذى. يشعر بالأسى عندما تغيب الشمس. وبالغضب لأن القمر لا يظهر دائما في السماء. (وصف كانر لألفرد، ص 22).

غالبا ما يعبر التوحديون عن انفعالات غريبة، إن استجاباتهم الانفعالية إما أن تكون شديدة جدا، أو ضعيفة جدا، أو لا يكون هناك انفعال على الإطلاق، بمعنى أنها غير مناسبة من حيث الشدة أو النوع، وينتقل بعضهم بسرعة من حالة الحزن الشديد إلى الضحك الهستيري الذي لا يمكن تهدئته من دون مثير أو سبب خارجي. وكثيرا ما يشكو الآباء من أن أبناءهم يندفعون بسرعة في نوبة من الغضب أو الضحك الشديد من دون تحكم، في الوقت الذي يعجز فيه الآباء عن السيطرة على سلوك أبنائهم أو تعديله أو التنبؤ به. وفي حالات كثيرة لا تتناسب انفعالات الطفل التوحدي مع الموقف الذي هو فيه من حيث النوع كأن يندفع بنوبة من الضحك عندما يصاب الآخرون بأذى، أو يبكي عندما يعطيه أحد هدية عيد ميلاد. أما التوحديون الذين يعانون الجمود الانفعالي فيبدون دائما على الحياد على الرغم من التغير في الظروف البيئية من حولهم، وغالبا ما يصاحب ذلك ثبات في تعابير الوجه.

لقد وُصف هـذا الانفصال بـين الحالة الانفعالية للفـرد التوحدي والظروف البيئية المحيطة به بشكل دقيق بواسطة العالم برنارد ريملاند (Bernard Rimland) [9] الـذي ذكـر أنه بينما يمكـن وصف الأطفال الفصاميـين بأن لديهـم «اضطرابا في التوجه» بمعنى أنهم يسـتجيبون للبيئة الخارجية ولكن بصورة خاطئة وغير مناسبة، يمكن وصف الأطفال التوحديين بـ «انعدام التوجه»، بمعنى أنهم لا يستجيبون لبيئتهم بتاتا.

مـن أعراض الاضطـراب الانفعالـي الأخرى التـي نلاحظها على التوحديين المخاوف غير المنطقية وغير المسبَبة والتي يبدو أنها مرتبطة برغبة الطفل الملحة في عدم التغيير وإبقاء الأشياء على حالها، وبالتالي فـإن ردة فعلهـم عـن التغيير في محيطهم تتسـم بالخـوف والغضب الشديدين. بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين يصابون بالرعب لأسـباب أو أحداث أو أشياء تبدو طبيعية بالنسـبة إلى الآخرين. فقد عرفت أطفـالا يصابون بالهلع من البالونات، أو البط أصفر اللون، ومن حبوب السمسـم الموجودة على خبز الهمبرجـر، (أما الخبز العادي فلا يخيفهم)، وأطفالا آخرين كانوا يخشـون بيل كوسـبي أو برنامج «شاهد عيان» على القناة الأمريكية السابعة، وآخرين كانوا يخشون الأغنية التي تظهر في مقدمة مسلسل «فاميلي تايز».

النشاط العقلي

- لقـد تـرك في نفسـي انطباع صمـت الحكمـاء (وصف كانر لريتشارد، ص 12).
- لـم نتمكن من تطبيق اختبـارات الذكاء المقننـة عليه، ولكن لا يمكننـا أن نحكم عليـه بالتخلف العقلي بناء علـى الفهم العام، فبعد أن سـمع والدته تقول الدعاء ثـلاث مرات أعاده من دون أخطاء، وقد حفظه منذ ذلك الوقت. إنه يستطيع أن يعد ويسمي الألوان. لقد تعرف على أسـطواناته الموسيقية المفضلة لديه من بين مجموعة كبيرة، كما تعلم كيف يشـغلها. (وصف كانر للطفل بول، ص 15).

– على الرغم من اعتبار أغلبية الأطفال التوحديين ضعافا عقليا في وقت من الأوقات، فإنهم، بلا شك، يتمتعون بقدرات معرفية جيدة. (جزء من مناقشة عامة لكانر، ص 39).

رأى كانــر أن تمتع الأطفال بذاكرة حفظ ممتازة، بالإضافة إلى ذكائهم وجديــة تعابيرهم، وخلوهم من الاضطرابات الجســدية، هو إشــارة إلى قدرات عقلية طبيعية.

كما اعتقد أن ما يظهر على الأطفال التوحديين من تخلف عقلي (وهو ما يعكسه الضعف في أدائهم لاختبارات الذكاء المقننة، كذلك فيما يواجهونه من صعوبات فــي التعلم) هو نتيجة لعجزهم عــن التواصل وعجزهم في المجــال الاجتماعي، بالإضافة إلى الصعوبات التي يواجهونها عندما تطبق عليهم تلك الاختبارات.

ومع ذلك، وعلى الرغم من تقييم كانر المتفائل للأطفال التوحديين، فإننــا ندرك الآن أن الذكاء الطبيعي هو اســتثناء في حالات التوحد، وأن معظــم الأطفــال من تلك الفئة يعانون، فــي الحقيقة، عجزا في القــدرات العقلية يصل في أغلب الحالات إلى مســتوى شــديد من التخلف العقلي، فقد أثبتت دراســات عديــدة أن 75% من الأطفال التوحديين متخلفون عقليا [10].

أحد الفروق الأساســية بين التوحديين وغيرهم من الأطفال الذين يعتبر تشــخيصهم الأولي والأساســي هو التخلف العقلي هو الفرق في أداء هاتين الفئتــين على الاختبــارات الفرعية للــذكاء. ففي الوقت الــذي يحصل فيه المتخلفون عقليا (من دون توحد) على درجات منخفضة في كل الأفرع، يحصل التوحديون على درجات عالية أو مقبولة في بعض الفروع. أما الاختبارات التي يحصل فيها التوحديون على درجات طبيعية أو قريبة من الطبيعي فتتركز في مجالات معينة، مثل الذاكــرة البصرية والحفظ، بينما يكون ضعفهم واضحا في الاختبارات التي تقيس القدرات اللغوية والتفكير المجرد.

وليــس غريبا أن تلقى المهارات النابغة التي نشــاهدها لدى نســبة صغيرة من التوحديين كثيرا من الانتباه والاهتمام، وخير مثال على ذلك فيلــم رجل المطر The rain man، الذي يصور شــابا توحديا يســتطيع

القيام بعمليات حسابية معقدة شفهيا من دون استخدام ورقة أو قلم أو آلة حاسبة، كما كان قادرا على عد البطاقات في لاس فيجاس، وغيرها من المهارات الحسابية المدهشة، وفي الواقع لم يكن ذلك الفيلم مبالغة، بل إن دستن هوفمان، الممثل الذي أدى الدور، اعتمد على ملاحظة واقعية لثلاثة توحديين نوابغ وجمع بين تلك الشخصيات الثلاث وتعلم منها ليخرج بالشخصية التي ظهرت لنا في الفيلم. مهارات أخرى لُوحظت بين التوحديين مثل القدرة على تركيب الألعاب والصور بشكل سريع، أو حفظ برامج التلفزيون، أو ترتيب أشكال ميكانيكية وهندسية معقدة، وعزف قطع موسيقية بعد سماعهم لها مرة واحدة. ومن الأمور التي تبعث على الاستغراب قدرة بعض التوحديين على تحديد أي يوم من أيام الأسبوع يصادف تاريخا محددا، وهي المهارة التي تسمى بـ «حساب التقويم» Calendar calculation.

وعادة ما تكون تلك القدرات منعزلة وغير مرتبطة بقدرات أخرى للطفل. كما أننا لا نستطيع التنبؤ بالقدرات الوظائفية العامة للطفل في المستقبل استنادا إلى تلك القدرات. ومثال على ذلك أحد النوابغ التوحديين كان يستطيع أن يعزف مقطوعة باستخدام ست آلات بعد أن سمعها مرة واحدة فقط، وهو في السابعة من عمره، وفي الوقت نفسه كان الطفل عاجزا عن استخدام الحمام بمفرده، أو الإجابة بصورة صحيحة عن سؤال بسيط مثل: ما اسمك؟ أو أن يستجيب لتعليمات سهلة مثل: اقفل الباب. لقد كان هذا الطفل موهوبا جدا في الموسيقى، ولكننا لا نستطيع أن نتنبأ كيف يستفيد من ذلك في حياته، خصوصا مع افتقاره إلى مهارات التكيف الأخرى. وهكذا ندرك أن النبوغ في الموسيقى قدرة منعزلة ولا تنبئ بقدرات أخرى.

السلوكيات المدمرة

هناك بعض السمات السلوكية التي تستحق منا الاهتمام والبحث، على الرغم من أنها ليست شرطا أساسيا لتشخيص التوحد، وذلك لما لها من تأثير في الفرد التوحدي وعائلته، وفي من يقدم له العلاج والخدمات.

والمقصود بذلك هو أنماط السـلوك المدمر وشـديد الإيذاء للطفل والذي يظهره كثير من التوحديـين بالإضافة إلى غيرهم من المتخلفين عقليا من غير التوحديين.

وسلوك إيذاء الذات هو أخطر وأسوأ تلك الأنماط السلوكية، ويتمثل ذلك السـلوك في تعمد الطفل إيقاع أذى فسـيولوجي في جسـمه مثل ضرب رأسـه في الجدار بشـكل متكرر، عض اليدين والرسغين، وصفع الخدين، شد الشعر، وفقء العينين. وكثير منهم يترك كدمات أو احمرارا في أجسـامهم، وفي أسـوأ الحالات يؤدي هذا السـلوك إلى كسـر في الجمجمة أو الأنف أو انفصال الشـبكية، أو حتى تلف مخي والوفاة في حـالات نادرة، مع ملاحظة أن هناك فروقا فردية بين التوحديين في نوع وشدة السلوك المدمر.

أذكر مثالا على ذلك طفلا توحديا كان يضرب رأسـه في إطار السرير المعدني، ولم تسـتطع محاولات القائمين على رعايتـه، والتي وصلت إلى درجة تقييد حركته، أن توقف ذلك السـلوك الذي أدى في النهاية إثر ذلك إلـى تلف مخي للطفل ووفاته. وعلينا أن ندرك أن الطفل لم يكن يفكر في الانتحار أو يسـعى إلى الموت؛ بل إن الوفاة كانت نتيجة مأسـاوية لسلوكه في إيذاء الذات.

وبينما لا تشـكل ثورات الغضب خطرا على الأفراد العاديين، قد تشكل خطـرا على التوحديين، لأنهـا أكثر حدة لديهم وتحـدث بصورة مفاجئة يصعب التنبؤ بها. ومن صور السـلوك المدمر الأخرى الصراخ بصوت عال وتوجيه الغضب ضد الآخرين، وقد تسـتمر نوبات الغضب ساعات، ومثال على ذلك طفلة تبلغ من العمر ثلاث سـنوات ونصف السنة استمرت نوبة غضبها ثلاث عشرة ساعة في رحلة من كاليفورنيا إلى ألمانيا، الأمر الذي لن ينساه والداها أبدا.

وقـد تبدأ ثورات الغضب تلك مـن أحداث غريبة أو صغيرة جدا، مثل تغييـر مـكان قطعة من الأثاث، أو تغيير بسـيط في الروتـين اليومي، أو من مشـهد معين في فيلم ما. وكما أوضحنا سابقا، فإن بعض التوحديين يغضبون جدا لأي مخالفة أو معارضة لسـلوكهم الشـعائري، أو منعهم من

القيـــام بأفعالهم القهرية. وعلى الرغم من أن الأطفال التوحديين ليســـوا أكثر عنفا من غيرهم من الأطفال الذين يعانون مشـــاكل ســـلوكية عميقة، فإن البعض منهم ينغمس في سلوك عنيف وفي تدمير الملكيات.

إن تربيـــة طفـــل توحدي وتنشـــئته أمر صعب ومحبط وغير مشـــجع، ويعتبر تحديـــا للقائمين عليه. فالأطفال التوحديـــون يعانون إعاقة دائمة مدى الحياة تؤثر في وظائفهم في جميع المجالات، ومع الأخذ في الاعتبار ضخامة العبء الذي تشـــكله تربية الأطفال التوحديين من إرهاق وضغط، ليس مســـتغربا أن بعض آباء هؤلاء الأطفال يشـــكون من الاكتئاب والتوتر في أحيان كثيرة. وبشكل عام يعتبر الوضع حاليا أفضل مما كان عليه في الســـابق، حيث كانت تضاف إلى معاناة الآبـــاء معاناة أخرى هي تحميلهم مسؤولية اضطراب أبنائهم.



3

التشخيص والتقييم

– قد يبدو صائبا أن نستنتج أن هناك قليلا من الجدل حول توحد مرحلة الطفولة كحالة إكلينيكية مستقلة، وقليلا من الالتباس حول تشخيصه. لا شيء أبعد عن الحقيقة من ذلك.

برنارد ريملاند

في كتابه توحد الطفولة (1964)

– مقارنة بغيره من الاضطرابات النفسية والنمائية المعقدة، يتمتع التوحد بأفضل الأسس التجريبية لمعايير التشخيص المتفق عليها عالميا.

فريد ر. فولكمار، آمي كلين، ودونالد ج. كوهن

في كتاب التوحد والاضطرابات

النمائية الشائعة، 1997

«إن اختلاف الأعراض بين التوحديين، بالإضافة إلى اختلاف الأعراض لدى الفرد الواحد في المراحل العمرية المختلفة، فضلا عن صغر حجم العينات المتوافرة للبحث، كل ذلك أعاق استخدام أساليب إحصائية دقيقة في ميدان التوحد»

المؤلفة

– تشير الحقائق إلى أن ما نلاحظه في زيادة عدد التوحديين يرجع إلى التقدم في القدرة على التشـخيص والتعرف على أعراض التوحد، وليس مؤكدا حتى الآن ما إذا كانت الزيادة في حالات التوحد أيضا حقيقية.

ليسا أ. كورين، جوديث ك. غريثر، جيني هوغسترات، وستيف سيلفن.

(مجلة التوحد والاضطرابات النمائية، 2002).

كان تشـخيص التوحد وتصنيف أعراضه أمرا معقدا، كما هي الحال في كل الموضوعات المتعلقة بذلك الاضطراب، وقد نتجت تلك التعقيدات عن عدم تجانس أعراضه، وعن النظام التشـخيصي القديم والذي خلط بـين النظريات المسـببة للمرض والتشـخيص، بالإضافة إلى اشـتراك التوحد مع اضطرابات أخرى في بعض الأعراض. وقد أدت هذه العوامل المشتركة إلى الاختلاف بين المختصين، غير أن هذه الاختلافات كانت لها في النهاية نتائج إيجابية في الوصول إلى تشخيص موضوعي ومبني على أسس علمية للتوحد.

لقد عمل الأطباء والاختصاصيون النفسـيون وغيرهم من الباحثين باجتهاد لوضع معايير لتشـخيص التوحـد وتصنيفه، حيث إن الوصول إلـى نظام مثل هذا هو أمر غاية في الأهمية لعدة أسـباب. أولا: لكي تتطور الأبحاث في مجال التوحد بشـكل فعـال ومؤثر، لا بد للباحثين أن يتأكدوا مـن أنهم يعملون مع عينات قابلـة للمقارنة، فالأبحاث في كلٍ من أسـباب أو علاج التوحد تتطلب أن يكون الباحثون قادرين على التواصل فيما بينهم بشـأن طبيعة عينات البحث التي يدرسونها، حتى يستطيعوا في النهاية تعميم أبحاثهم والمقارنة بين نتائجهم. ففي الماضي لم يكن لمقارنة من هذا النوع معنى بسبب الفروق الفردية الواضحة بين التوحديين، بالإضافة إلى معايير التشخيص غير المحددة وغير المعرفة تعريفـا دقيقا، ومعنى ذلك أن العينات في تلك الدراسـات قد تختلف اختلافا كبيرا فيما بينها، ومع ذلك تعطي التشخيص نفسه: «التوحد». يحتمل أن يدرس أحد الباحثين مجموعة من الأطفال الصامتين، وباحث آخر يدرس عينة أخرى من الأطفال القادرين على الكلام، غير أن جميع الأطفال في العينتين يصنفون على أنهم «توحديون». مع أن المجموعتين

مختلفتــان. ومن ثم يمكننا الاســتنتاج أنه كلما كان أســلوب التصنيف والتشــخيص دقيقا وشــاملا ومفصلا كان وســيلة أكثر قيمة وفعالية للتواصل بين الباحثين.

ثانيا: إن التشخيص الدقيق أمر مهم بالنسبة للإكلينيكيين ليتمكنوا من الوصول إلى أسلوب علاجي مناسب وتطبيقه وتقييمه. حيث إن التشخيص الدقيق يمد الإكلينيكي بصورة واضحة عن الأعراض التي تعاني منها الحالة أو السلوكيات التي يفترض أن يمتلكها الطفل ولكنها غائبة أو غير موجودة. كما أن التشــخيص الدقيق يبــين للاختصاصي الإكلينيكــي أي الأنماط الســلوكية التي يجب التركيز عليها عند العلاج وتحديد السلوك المرغوب فيــه لتحقيق أفضل النتائــج من العلاج. وبالإضافة إلــى ذلك فإن الدقة والوضوح في التشــخيص ييســران التفاهم والتواصل بين الاختصاصيين الإكلينيكيين، وهذا بدوره يســاعد على تقدم العلاج بأسلوب منظم وعلمي (غير أن هذا الهدف في الواقع مازال بعيد المنال كما سيتضح لاحقا).

ثالثــا: إن المربين وغيرهم ممــن يقدمون الخدمة إلــى التوحديين يعتمــدون على التشــخيص والتصنيــف الدقيق لاختيــار مراكز علاج التوحد أو المؤسسات العلمية المناسبة للأطفال والبالغين من التوحديين. فضــلا عن أن وضع الأطفال في فصول معينة يعتمد على التشــخيص (على الرغم من أن تلك ليســت هي الطريقة الفضلى مع كل الحالات). وباختصار فإن التشــخيص الســليم والدقيق يُمَكّن القائمين على علاج ورعاية التوحديين من توقع ســلوك، والتعرف على أعراض التوحديين. وهذا بدوره يســاعد علــى تصميم ووضع برامــج تعليمية خاصة بهم، وتناسب احتياجاتهم وتراعي الفروق الفردية بينهم.

رابعا: إن التشخيص والتصنيف أمران مهمان لبعض المؤسسات الأخرى في المجتمع مثل المؤسسات الحكومية، والنظام القانوني، وشركات التأمين. حيث إن تشــخيص الفرد على أنه يعاني من اضطراب ما يخوله الحصول على بعض الامتيازات، مثل الحصول على المساعدات الحكومية، والتأمين المجاني. وبالطبع، فإن التشخيص سيف ذو حدين، فمن السهل أن يستخدم لحرمان الفرد من تلك الخدمات والامتيازات.

الجدل التاريخي

يُعرف «اضطراب التوحد» هذه الأيام بأنه مفهوم عام يضم أنواعا عدة من الاضطرابات، ربما ذات أسباب مختلفة، أو غير محددة الأسباب. غير أن ذلك لا يتفق مع أقدم نظام لتشخيص التوحد الذي جاء به كانر، حيث حدد سمات التوحد بستة أعراض رئيسية هي:

1 - التوحد مع الذات والعزلة الشديدة عن الآخرين.

2 - لغة غريبة أو شاذة.

3 - الرغبة القهرية في المحافظة على الأشياء كما هي من دون تغيير.

4 - قدرات معرفية جيدة.

5 - نمو فسيولوجي وحركي طبيعي.

6 - آباء وأمهات على درجة عالية من الذكاء، والتسلط، والبرود العاطفي.

ولسوء الحظ فإن الوصف العام الذي وضعه كانر للتوحديين ينطوي على إشكالية، وهي الافتقار إلى معايير موضوعية واضحة يمكن استخدامها في التشخيص. وفي الحقيقة تُرك الأمر لحكم أو قرار الإكلينيكيين الفردي لتقرير الدرجة التي يكون عندها الانسحاب الاجتماعي مرضيا. (وهو ما أسماه كانر «عزلة التوحديين»). وبالمثل، فإن الحكم على الوالدين بالبرود العاطفي والتسلط تُرك للإكلينيكيين، خصوصا أن الوالدين لم يخضعا لاختبارات مقننة تقيس السمات المذكورة. ولقد أدى الافتقار إلى المعايير التشخيصية الدقيقة إلى جدل حول ما إذا كانت الأعراض الفردية لدى طفل معين كافية لتشخيص الحالة.

إن أحد الأسباب الرئيسية وراء ذلك هو بالطبع حقيقة أن التوحد كان، ولا يزال، تشخيصا ظاهريا. أي أنه يعتمد على ملاحظة الظواهر السلوكية، لا على التقييم النهائي للسمات البيولوجية. وإذا أخذت الاختلافات والفروق الفردية بين التوحديين وعدم تجانسهم في الاعتبار فإن الاختلاف بين المختصين أمر متوقع.

إن تشخيص متلازمة الداون مثلا محدد ودقيق، حيث إن تحليل الجينات الوراثية سوف يظهر بسهولة «تثلث الكروموسوم 21». ولذلك يكون التشخيص واضحا، وتكون الفروق الفردية في أعراض متلازمة

الداون محدودة نسبيا (على الرغم من وجود بعض التباين). أما التوحد فلم يُحدَّد السبب البيولوجي له بشكل مؤكد فضلا عن التباين الكبير في أعراضه والصور التي نجده عليها، إلى الدرجة التي تقودنا إلى الاعتقاد أن ما نسميه اضطراب التوحد هو في الواقع مجموعة من الاضطرابات قد تظهر بأعراض متشابهة، ومع ذلك تكون لها أسباب جينية مختلفة ويمكن إرجاعها أيضا إلى أكثر من عامل بيولوجي.

مشكلة أخرى تجعل تشخيص التوحد أكثر تعقيدا هي أن أساليب التشخيص المبكرة لهذا الاضطراب (وأهمها أسلوب كانر) تضمنت افتراضات خاطئة أو غير دقيقة، الأمر الذي تعارض بلا شك مع نشأة أو قيام نظام صحيح ودقيق للتصنيف والتشخيص. ومن تلك الافتراضات دمج سمات وخصائص الوالدين النفسية والاجتماعية مثل المستويين الاقتصادي والاجتماعي ومستوى التعليم، والحالة الانفعالية، والدقة الشديدة، والجمود الفكري ضمن معايير التشخيص. حيث كان يُعتقد في البداية أن التوحد يحدث نتيجة لاضطراب الوالدين، وجمودهما العاطفي تجاه أطفالهما، وعدم المرونة في اتباع الأساليب التربوية، الأمر الذي أثبتت الدراسات اللاحقة خطأه، خصوصا أن كثيرا من الأبحاث اللاحقة أثبتت أن التوحد يرجع إلى أسباب عصبية، وأنه يحدث في كل الطبقات الاجتماعية والمستويات التعليمية والاقتصادية وليس لأسباب سيكولوجية.

أما الافتراض الثاني، الذي كان له تأثير سلبي في نشأة أساليب دقيقة وسليمة لتشخيص التوحد، فهو أن الأطفال التوحديين يتمتعون بمستوى عادي أو طبيعي من الذكاء والقدرات العقلية، أو ما عبر عنه كانر بـ «قدرات معرفية جيدة»، وقد بنى كانر افتراضه على أساس أن الأطفال الذين درس حالتهم في البداية كانوا شديدي الجاذبية، ولم تظهر عليهم أي أعراض فسيولوجية غير طبيعية، كالتي نراها لدى المصابين بمتلازمة داون أو غيرهم من فئات التخلف العقلي. وبالإضافة إلى ذلك فقد كان كانر متأثرا بحقيقة أن أداء الأطفال الذين بحث حالتهم على اختبارات الذكاء لم يكن ضعيفا بشكل عام. ففي مقابل الأطفال المتخلفين عقليا

والذين يحصلــون على درجات متدنية في جميع أفــرع اختبارات الذكاء، نلاحــظ أن هناك فروقا بين مســتوى وأداء الأطفــال التوحديين في تلك الاختبارات الفرعية. فقــد يكون أداؤهم جيدا في الاختبارات التي تقيس التناســق الحســي الحركي والقدرات البصرية والذاكــرة البعيدة المدى، فــي الوقت الذي يكون فيــه ضعيفا في الاختبارات التــي تقيس المهارات اللفظيــة والتفكير في المفاهيم المجــردة. وقد أرجع كانر الضعف في أداء الأطفــال التوحديين في تلــك الأفرع من اختبارات الــذكاء إلى ما يعانيه هؤلاء الأطفال من مشــاكل على المســتوى الاجتماعــي، وليس إلى ضعف فــي القدرات العقلية. هذه النظرة التفاؤلية تنطوي على الاعتقاد بأن لدى الأطفال التوحديين قــدرات عقلية طبيعية، لا تتمكن اختبارات الذكاء من قياســها. ولكننــا ندرك الآن عدم صدق هذا الافتــراض، حيث إن أغلبية الأطفال التوحديين يعانون من عجز معرفي وعقلي بدرجة ما.

أمــا افتــراض كانر الثالــث، وهو عدم وجود علاقــة أو ارتباط بين التوحــد أو اضطرابات طبية محددة، فهو أيضا افتراض غير دقيق، فقد أثبتــت الأبحاث أن التوحد ليس مســتقلا أو بعيــدا تماما عن الحالات المرضية والاضطرابات الأخرى، وبالفعــل فإننا نلاحظ أن التوحد يأتي مقترنا مع كثير من الحالات أو الاضطرابات الأخرى (على الرغم من أن هذه الحالات الطبية ليســت بالضرورة سببا للتوحد)، ومن هذه الحالات متلازمة الهش (*) الحصبة الألمانية، والتصلب الحدبي (**).

مشــكلة أخرى تعتري تشــخيص التوحد هي الميل إلى تطبيق نظام التصنيف والتشــخيص الذي كان ســائدا في الســابق علــى الأطفال التوحديين. كما أن اختيار كانر لمفهوم «التوحد» لتسمية هؤلاء الأطفال لم يكــن اختيارا موفقا، وخلق الكثير من الحيرة والجدل لدى المهتمين. وعندما اســتخدم كانر لفظ التوحد كان يشــير إلى ما يتصف به هؤلاء الأطفال من انسحاب اجتماعي شديد. مع أن بلولر (Bleuler) استخدم

(*) Fragile x Syndrome: أحد الأســباب الأكثر شــيوعا للإعاقات الذهنية الموروثة، قد تشمل أعراضه خصائص جسدية وسلوكية منها صعوبات التعلم وتأخر النطق. [المحررة].

(**) Tuberous Sclerosis: هــو تشــوه جيني موروث يؤدي إلى ورم فــي المخ والجهاز العصبي ويظهر على أجزاء من الجلد. [المحررة].

اللفظ نفسه سابقا (التوحد) ليصف الانسحاب إلى عالم من الخيالات والبعد عن الآخرين والتمركز حول الذات، وهو ذلك السلوك الغريب الذي يظهر على الفصاميين [1]. ومن المفارقات أن كانر يعبر عن وجهة نظر عكسية، وهي أن غياب أي نوع من الخيال الابتكاري هو ما يميز العزلة الاجتماعية في التوحد. ومع ذلك إذا أخذنا في الاعتبار التشابه في السلوك بين مجموعة الأطفال الذين درسهم كانر والمصابين بالفصام، فإنه ليس من الغريب أن يُنظر إلى الاضطرابين على أنهما مرتبطان. لقد اعتقدت لوريتا بندر (Lauretta bender) وغيرها من المهتمين بالمجال أن التوحد لدى الأطفال هو صورة مبكرة لفصام البالغين [2]. ولذلك استخدم مفهوم «فصام الطفولة» سنوات عدة للتعبير عن التوحد، غير أن كانر لم يتفق مع وجهة النظر تلك وكان يعتبر التوحد اضطرابا منفصلا عن فصام الطفولة. أما اليوم فنادرا ما يحدث الخلط بين الاضطرابين.

لقد استندت التصنيفات القديمة إلى مؤثرات العوامل النفسية، والتي سيطرت (في أربعينيات وخمسينيات القرن الماضي تحديدا) على مجال الطب النفسي في ذلك الوقت. ومعنى ذلك أن خبرات الطفولة المبكرة وبالتحديد علاقة الطفل بوالديه خصوصا الأم، كانت تعتبر سببا مباشرا للاضطرابات النفسية. ولقد تحدثت برتا رانك Berta Rank، إحدى علماء النفس التحليليين المؤثرين، عما أسمته «التطور غير الطبيعي للأنا» والمقصود به فشل الخبرات والعلاقات الإنسانية المبكرة في التمهيد لنمو الأنا بشكل طبيعي وصحي [3]. أما مارغريت ماهلر (Margaret Mahler) فقد وصفت حالة التوحد بأنها «الذهان التفاعلي»، وهكذا ركزت على الفرضية القائلة إن العلاقة المرضية بين الأم والطفل هي السبب في التوحد [4].

ولقد ثبت أن التصنيفات المذكورة كانت ذات فائدة محدودة جدا في الوصول إلى تشخيص نهائي لاضطرابات التوحد. الافتراضات الخاطئة بشائر القدرات العقلية والمعرفية للأطفال التوحديين واضطرابات الوالدين، بالإضافة إلى محاولة وضع الأطفال التوحديين ضمن التصنيفات

التشـــخيصية التي كانت موجودة في ذلك الوقت، بالإضافة إلى الاختلاف والتباين في الأعراض التي تظهر على المصابين بالتوحد، كل ذلك ســـاهم في تأخر الوصول إلى نظام تشخيصي دقيق ومفيد.

القضايا التشخيصية الحالية:

علـــى الرغـــم من أن الفتـــرة بين التقريـــر الأول لكانر حـــول معايير التشخيص والوضع الراهن تميزت بالاختلافات والجدل فإنه يمكن القول إن الوضـــع الحالي يتســـم بدرجة معقولة من الاتفاق بشـــأن تلك المعايير. خلال الأربعين ســـنة الأخيـــرة قل الاعتمـــاد على التوصيـــف الإكلينيكي والتصنيف التشـــخيصي غير الموضوعي لدرجة كبيرة، كما تغير أســـلوب التشـــخيص نتيجة للأبحاث العلمية والموضوعية والتي هدفت إلى تعديل نظام التشخيص. بالإضافة إلى إيجاد أساليب تقييم موضوعية جديدة. إن الانتقال من معايير تشـــخيصية مبنية على الانطباعات الذاتية إلى معايير موضوعيـــة مبنيـــة على البحث والدراســـة يعكس تغيرا عامـــا في ميدان علم الأمراض النفســـية. وإن الحاجة إلـــى الاتفاق والتواصل بين الباحثين والإكلينيكيـــين تتطلـــب الوصول إلى تصنيفات موحـــدة، ومثل هذا النظام الموحد لا بد أن يقوم على التخطيط الدقيق.

ففي البداية لا بد من تحديد السمات أو الأعراض التي تخص التوحد وتميزه عن غيره، والســـمات المرتبطة عـــادة بالاضطراب، ولكنها لا تخدم التشخيص الفارق (أي تكون مشتركة بين التوحد وغيره من الاضطرابات). فالعجز الاجتماعي الشـــديد على ســـبيل المثال، هو معيار تشخيص فارق للتوحـــد دون غيـــره من الاضطرابات. في المقابل فإن ســـلوك الاســـتثارة الذاتيـــة الـــذي نلاحظه عادة عند التوحديين يمكـــن ملاحظته أيضا لدى المتخلفين عقليا وغيرهم ممن يعانون من إعاقات حســـية، وهكذا فإن هذا العرض بمفرده لا يعتبر معيارا أساسيا لتشخيص التوحد.

وبالإضافة إلى ذلك، كان يجب أن يعالج التشخيص بشكل عام من منظور نمائي، ومعنى ذلك أن العملية التشخيصية والمعايير المطلوبة للتشخيص يجب أن تحدد مقارنة بمعايير النمو الطبيعي للفرد. وإلى أي مدى تعتبر سمة ما

غير مناســبة للمرحلة العمرية، ومتى تعتبر غير مناسبة بصرف النظر عن العمر؟ المصاداة، على سبيل المثال، تعتبر صورة من صور الاضطراب اللغوي لدى التوحديين (على الرغم من أنها ليســت شــرطا أساسيا للتشخيص). غير أن الأطفال الطبيعيين في عمر 2 إلى 3 سنوات ينغمسون في مصاداة لفظيــة أيضا. المصاداة لدى الطفل الطبيعي تعتبر مرحلة مبكرة من مراحل النمو اللغوي، ثم تختفي عندما يكتســب الطفل مهارات اللغة الطبيعية. أما في حالة الطفل التوحدي فإن المصاداة تســتمر إلى مرحلة عمرية متقدمة يكون فيها الأطفال الطبيعيون والمماثلون للطفل في العمر قد اكتســبوا لغة أكثــر تقدما. وعلى العكس من ذلك فإن بعض أنماط الســلوك التي يؤديها التوحديون، كالانســحاب الاجتماعي الشــديد، غير مناســبة لأي عمر من الأعمار، كما أنها لا تظهر إطلاقا على الأطفال الطبيعيين.

هناك اتفاق حاليا على أن التوحد تشــخيص واضطراب مستقل عن غيره من الاضطرابات (أو مجموعة من الاضطرابات تعرف باضطرابات التوحد)، وأن هذا الاضطراب يتميز بمجموعة من الســمات الســلوكية الخاصة به. وقد ســاهمت هذه الخصوصية في إزالة الغموض والحيرة اللذيــن ارتبطا بالتوحد إلى حد كبير. ويرجع الوصول إلى اتفاق بشــأن معاييــر تشــخيص اضطــراب التوحد إلــى الاتفاق بين اثنــين من أكثر النظم التشــخيصية انتشــارا وقبولا لدى المختصين، وهــذان النظامان التشــخيصيان هما الطبعة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشــخيصي لجمعيــة الطب النفســي الأمريكيــة (DSM - IV; 1994)[5]، والطبعة العاشــرة من التصنيف الدولي للأمراض الصــادرة عن منظمة الصحة العالميــة (ICD - 10;1993)[6]. لقــد تم التوصل إلى هــذا التوافق بعد ســنوات من الاختبــارات الميدانية للنظــم التشــخيصية بالإضافة إلى تعديلات مســتمرة على المعايير السلوكية للتشــخيص. وبمجرد التخلي عن النظم التي تعتمد على الافتراضات الخاطئة بشــأن أسباب التوحد والمواصفات غير الدقيقة لتبني الاختبارات العلمية الموضوعية كوســيلة للتعديل على تلك النظم التشخيصية، أصبح بناء نظام تشخيصي صادق وثابت أمرا ممكنا.

والحقيقة أننا نستطيع القول إنه بين كل أشكال الاضطرابات العقلية والنمائية الرئيسية والمنتشرة، يتمتع اضطراب التوحد بأقوى أساس عملي وتطبيقي للتشخيص. فقد توصل إلى «لغة» عامة ومشتركة خاصة بالتشخيص، مما جعل التواصل بين المختصين والمؤسسات المهتمة بالأبحاث والعمل مع التوحديين أمرا ممكنا وواضحا. ويبين الجدول (3-1) المعايير التشخيصية الدقيقة للتوحد كما جاءت في الدليل التشخيصي الأمريكي (D S M - IV 1994).

الجدول (3-1) DS.M - IV المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد			
يعطى التشخيص إذا وجد لدى الحالة 6 أو أكثر من الأعراض الواردة في البنود 1 و2 و3 بعرضين على الأقل من البند 1 وعرض واحد من كلٍ من 2 و 3			أ
عجز كيفي في التفاعل الاجتماعي حيث يظهر على الحالة اثنان على الأقل من الأعراض التالية:		1	
عجز واضح في استخدام لغة التواصل غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه وحركات الجسم أو أي إشارة بالمبادرة بالتفاعل الاجتماعي.	أ		
الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع مستوى النمو لديهم	ب		
الافتقار إلى القدرة على مشاركة الغير في الاهتمامات أو الأنشطة المسلية.	ج		
الافتقار إلى القدرة على المشاركة العاطفية والاجتماعية.	د		
عجز نوعي في التواصل، ويظهر ذلك بوجود عرض على الأقل من الأعراض التالية:		2	
التأخر أو العجز الكلي في نمو اللغة المحكية (من دون أن تصاحب ذلك محاولة للتعويض باستخدام أي وسيلة أخرى كبديل للتواصل).	أ		
عدم القدرة على الاندماج والاستمرار في الكلام أو الجدل، هذا بالنسبة إلى من يقدر على الكلام من التوحديين.	ب		
الاستخدام النمطي للكلام، أو تكرار الكلام بشكل مكثف أو استخدام لغة غير مفهومة.	ج		
الافتقار إلى المبادرة أو التقليد أو اللعب التخيلي بشكل يتلاءم مع مستوى النمو للطفل.	د		
أنماط سلوكية محددة ومكررة وشعائرية بالإضافة إلى غرابة الأنشطة والاهتمامات، ويظهر ذلك بوجود واحد أو أكثر مما يأتي:		3	

		أ	الانغماس والانشغال بسلوك نمطي ومحدد وشاذ من حيث النوع أو الشدة.
		ب	الانصياع بشكل غير مرن لأنماط من السلوك الروتيني الذي لا يخدم وظيفة محددة أو غير الهادف.
		ج	حركات مكررة ونمطية لأعضاء الجسم مثل حركات اليدين أو الرجلين.
		د	الانشغال العميق والمستمر بشيء محدد أو بجزء من ذلك الشيء.
ب			**التأخر أو الشذوذ الوظيفي في واحد أو أكثر من المجالات التالية على الأقل، على أن يظهر ذلك قبل سن الثالثة:**
	1		التفاعل الاجتماعي.
	2		لغة التواصل أو اللغة المحكية كأسلوب للتواصل.
	3		اللعب الرمزي أو التخيلي
ج			**ألا يكون السلوك ناتجا عن اضطرابات أخرى مثل اضطراب رت Rett أو اضطراب الطفولة التراجعي.**

المصدر: أُعيدت طباعة هذه المعايير من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة، الطبعة المنقحة عام 2000 والصادرة عن المؤسسة الأمريكية للطب النفسي.

أحد الأسباب التي تجعل التوصل إلى نظام تشخيصي وتصنيفي دقيق أمرا مهما وذا قيمة هو أن مثل هذا النظام لم يحدد الأفراد الذين يجب أن يوضعوا ضمن هذه الفئة فقط، بل يعرف الأفراد الذين يجب استبعادهم منها. وبعبارة أخرى، من المهم جدا أن يكون النظام التشخيصي قادرا على التمييز بين الاضطرابات التي تتشابه فعلا، والتي تشترك في كثير من السمات أو الأعراض. وهكذا فإن التشخيص الفارق مهم جدا، ولقد تركز الجدل والنقاش حول تلك المواضيع لسنوات طويلة. وعلى الرغم من أننا استطعنا أن نفصل بين التوحد وفصام الطفولة على أنهما اضطرابان مستقلان، كذلك لم تعد التسميات مثل «النمو غير الطبيعي للأنا»، أو «الذهان التكافلي» مستخدَمة، غير أن هناك مسائل مازالت محلا للجدل والنقاش حتى الآن.

وفـــي الوقت الحالي فـــإن الدليل الإحصائي التشـــخيصي الأمريكي DSM- IV يميـــز بين التوحـــد وغيره من الاضطرابـــات النمائية الأخرى المنتشـــرة والتي تشـــترك معه في أعراض عدة، والاضطرابـــات النمائية الثلاثـــة التي تشـــترك مع التوحد في بعض الأعـــراض هي اضطراب رت Rett's Disorder، واضطـــراب الطفولة التراجعـــي (المعروف باضطراب هيلر Heller's Disorder) واضطراب أسبرغر Asperger's Disorder.

اضطراب «رت»

يصيب اضطراب رت الإناث فقط، حيث إن جميع الحالات التي شُخصت حتى يومنا هذا حالات لإناث، (على العكس من اضطراب التوحد الذي يشكل الذكور الأغلبية العظمى منه). ويتسم هذا الاضطراب بالتباطؤ في سرعة نمو الرأس، وفقدان تدريجي للمهارات والوظائف الهادفة لليدين، وعدم التناسق بين حركات الجذع. قد تشـــخص المصابات باضطراب «رت» في الســـنوات الأولى على أنهن حالات توحد، ويرجع الالتباس بين هذين الاضطرابيين إلى العجز الاجتماعي والحركات الشعائرية التي تظهر على المصابات باضطراب «رت»، بالإضافة إلى الصعوبات الأخرى المشابهة لما نشاهده لدى التوحديين. ولا تظهر الأعراض الفســـيولوجية الأخرى التي تسمح بتشخيص اضطراب رت تشخيصا دقيقا إلا في السنوات اللاحقة من النمو. (غير أن الاكتشاف الحديث للعلامات الجينية لاضطراب «رت» جعلت تشـــخيصه المبكر أمرا ممكنا). كمـــا أن التطور الطويل المدى للمصابات بهذا الاضطراب ســـيئ جدا، حيث تعاني معظم المصابات من تدهور مستمر في القدرات الحركية والقدرة علـــى التنقل، ويتبع ذلك انخفاض في معدل العمر، بالإضافة إلى تدهور في القدرات العقلية.

اضطراب الطفولة التراجعي

يعتبر هذا الاضطراب نادرا جدا، حيث لم تســـجل إلا 100 حالة منذ وصف وتشـــخيص هذا الاضطراب للمـــرة الأولى في العام 1908، وبينما يتصـــف المصابون بهذا الاضطراب بالأعراض التي نراها لدى التوحديين،

فإن الاختلاف الأساسي بين الأطفال المصابين باضطراب الطفولة التراجعي والتوحديين، هو أن النكوص والتراجع لدى هؤلاء يبدأ بعد سنتين من العمر والنمو الطبيعي، على العكس من ذلك فإن أعراض التوحد تكون واضحة منذ السنة الأولى، وفي بعض الأحيان الأشهر الأولى. وتتباين النتائج الإكلينيكية للأطفال المصابين باضطراب الطفولة التراجعي. ففي 75% من الحالات تقريبا يحدث التدهور بشكل واضح من دون أي تحسن، وفي بعض الحالات يتبع التدهور بعض التحسن، وفي حالات نادرة جدا يحدث تحسن كبير وملحوظ للحالات [7].

اضطراب أسبرغر

في الوقت الذي أصبح فيه التمييز بين التوحد والاضطرابين السابق ذكرهما أمرا مقبولا ومعترفا به علميا وممكنا، فإن ذلك لا ينطبق على اضطراب «أسبرغر». لقد وُصف اضطراب أسبرغر وتُعرف عليه عام 1944[8]، بواسطة الطبيب النمساوي «هانز أسبرغر» (Hans Asperger)، وهو الوقت نفسه الذي وُصف فيه كانر وكتب عن «التوحد الطفولي». وبسبب الحرب العالمية الثانية التي كانت تدور في ذلك الوقت لم يكن أي منهما على علم بعمل الآخر.

وعلى الرغم من أن وجود اضطراب «أسبرغر» في الكتب العلمية المتخصصة في هذا المجال متزامنا مع التوحد، فإنه لم يحصل على الاهتمام نفسه الذي حصل عليه التوحد مؤخرا نسبيا، على الرغم من أنه يصيب طفلا واحدا من بين كل 250 طفلا. ولا يزال الجدل محتدما حول مدى صحة وصدق التمييز بين اضطراب أسبرغر وفئة التوحديين الذين يتمتعون بقدرات وظيفية وعقلية مرتفعة. حيث يشترك الأطفال المصابون باضطراب أسبرغر مع الأطفال التوحديين في كثير من الأعراض باستثناء العرضين التاليين: أطفال أسبرغر لا يعانون عادة تأخرا في النمو اللغوي، كما أنهم لا يعانون عجزا أو تخلفا عقليا. ولأن بعض الأطفال التوحديين لا يعانون تخلفا عقليا، كما أن البعض الآخر يستطيع تكوين مهارات لغوية جيدة، لا يرى بعض المختصين في هذا المجال فرقا أساسيا بين التوحد

واضطراب أسبرغر. أما من يعتقدون أن أسبرغر اضطراب مستقل وبعيد عن التوحد، فإنهم يدللون على ذلك بوجود اختلافات مهمة وأساسية بين المصابين بالاضطرابين.

أولا، يعاني أطفال أسبرغر انحرافا في اللغة يختلف عن التأخر في اكتساب اللغة والتواصل. فبينما لا يعاني هؤلاء الأطفال من تأخر في اكتساب اللغة ومكوناتها (مثل الدلالات والأصوات وبناء الجملة)، فإن جوانب أخرى من تواصلهم تعاني خللا واضحا، وهناك جوانب أخرى ذات علاقة باستخدام اللغة، غالبا ما يشار إليها بالجوانب المنفعية، حيث يتميز استخدامهم للغة بغرض التواصل الاجتماعي بالذاتية والثرثرة والتحدث عن تفاصيل كثيرة (قد تكون غريبة وغير مهمة) وبالإضافة إلى ذلك فإن لغتهم عادة ما تفتقد أي انفعال أو عاطفة، وتكون عملية ومباشرة جدا، ومن المحتمل أن ينغمس الفرد بمناجاة فردية من دون مراعاة لاهتمامات أو احتياجات المستمعين. وقد أكسبتهم هذه الخاصية لقب «البروفيسور الصغير». أعرف شابا يبدأ بوصف كل حلقات المسلسل التلفزيوني ستار ترك Star Tarck بتفاصيله حالما تسنح له الفرصة لذلك (وأحيانا من دون مناسبة) وهذا عادة يترك المستمعين في حالة من الذهول والدهشة، والإرهاق بسبب تلك التفاصيل (ممتنين بأن المسلسل لم يتجاوز الـ 79 حلقة فقط!). وتفشل كل المساعي لحمله على تغيير الموضوع.

وفيما يلي عرض لمقطع من رسالة بعث بها شاب صغير يعاني اضطراب أسبرغر إلى والدته، وستوضح هذه الرسالة ما لاحظناه من سلوك خطابي لدى تلك الفئة. فبدلا من المعلومات الشخصية التي تتوقع الأم تلقيها من ولدها، تلقت معلومات مفصلة جدا ونقاشا موضوعيا في أمر لا يشكل أهمية كبيرة بالنسبة إليها.

والدتي العزيزة:

هل سمعت عن النظارات الشمسية التي تأتي بكل الموديلات والأشكال؟ أكبرها الواقيات الشمسية، والتي تأتي بجميع الألوان لتناسب أذواق المستخدمين. غير أن جميعها يجب أن تكون قادرة على

الحماية من أشعة الشمس، إن البولي كربونات مصنوعة من البلاستيك وبالتالي ليست بجودة الزجاج نفسه المصنوع من البروسيليكات وذلك للحماية من الأشعة فوق البنفسجية. أما الزجاج السميك والمعتم مع الرقاقات الذهبية (كما هي الحال في ملابس رواد الفضاء لمنع أشعة إكس والأشعة فوق البنفسجية). النسخة الجديدة من الأنابيب أيضا تقلل من أشعة إكس.

أما فلتر الألوان الخاص بزجاج النظارة الشمسية فهو رمادي اللون، شفاف، محايد مما يخفف من حدة الألوان، فمثلا البنفسجي (يقلل الأصفر)، والأزرق (يقلل البرتقالي)، والأخضر (يقلل الأحمر)، لكنه يسمح برؤية إشارة المرور بشكل سليم، الأصفر (يقلل البنفسجي) والبرتقالي (يقلل الأزرق) والأحمر والوردي (يقللان الأخضر). كل الألوان التي ترينها يجب أن تتجمع لتكون اللون الأبيض. أما التعتيم الذي ترينه في اللون الأبيض فهو عبارة عن لون النظارة الشمسية [9].

ثانيا، الفرق الثاني بين الأطفال التوحديين والمصابين باضطراب أسبرغر هو أن الصعوبات والمشاكل الاجتماعية لهذه الفئة أقل بكثير مما هي لدى الأطفال التوحديين، وإن كانت مهمة من الناحية الإكلينيكية، أي أنها مهمة للتشخيص. ففي الوقت الذي يبدو فيه الأطفال التوحديون سلبيين أو منعزلين في المواقف الاجتماعية ويتجنبون أي نوع من التواصل الاجتماعي في أسوأ الحالات، يعاني المصابون باضطراب أسبرغر عدم القدرة على ملاحظة الإشارات أو المثيرات الصادرة من الآخرين. فأسلوب المخاطبة أو المحادثة لهؤلاء الأفراد يؤثر في تفاعلهم الاجتماعي، كأن ينغمسوا في مناجاة ذاتية من دون إدراك لاحتياجات المستمع. فبينما يعدّل معظم الناس الطبيعيين أو يغيروا موضوعاتهم أو حديثهم إذا ما لاحظوا الملل أو الإحراج، أو أي إشارات اجتماعية من مستمعيهم، فإن ذلك لا ينطبق على هؤلاء الأطفال. فرق آخر بين أطفال أسبرغر والتوحديين هو أن علاقتهم مع عائلاتهم تكون طبيعية تقريبا في مرحلة الطفولة المبكرة. (على الرغم من أن غرابة تلك العلاقات ومحدوديتها قد تظهر جلية عند النظر إليها بأثر رجعي)، ومن المحتمل

أن تشـــخص حالاتهم في مرحلـــة الطفولة بنقص الانتبـــاه مع الإفراط الحركي (ADHD)، أو الوســـاوس القهرية. وفي مرحلة النضج نلاحظ أن لديهم اهتماما بالحياة والعلاقات الاجتماعية، ولكن النقص الشديد في المهارات الاجتماعية يضعف فرص نجاحهم في التفاعل الاجتماعي. وعلى العكــس من الأطفـــال التوحديين الذين لا يهتمـــون بالتفاعل مع غيرهـــم من الأطفـــال أو البالغين، يبدي الأطفـــال المصابون باضطراب أســـبرغر رغبة في مثـــل ذلك التفاعل، ولكن محاولاتهـــم غالبا ما تبدو غريبة وغير مناسبة. وهكذا فإن الطفل منهم قد يقترب من طفل آخر أو شـــخص بالغ بهدف التواصل، ولكن يبدأ بحوار ذاتي وهو الظاهرة التي يطلق عليها «البروفيسور الصغير».

عرض ثالث يميز أطفال أســـبرغر عن الأطفـــال التوحديين هو احتمال إصابتهـــم بالاكتئاب عندمـــا يكبرون. فهـــم يدركون أنهـــم «مختلفون» عن الآخرين مما يسبب لهم القلق. وقد يعبرون عنه عادة ببعض الجمل مثل «أنا لا أستطيع التصرف» في مواقف كثيرة، أو القول «لا أستطيع فهم ما يشعر أو يفكر فيه الآخرون». ويدرك هؤلاء الأطفال أن عليهم تعلم كيفية التفاعل مع الآخرين ليصلوا إلى مستوى قريب من الطبيعي، وفي الحقيقة يعاني ثلثا المراهقين المصابين باضطراب أســـبرغر اضطرابا انفعاليا ثانويا (*). وعلى العكس من ذلك، يرى الأطفـــال التوحديون ذوو القدرات العقلية والوظيفية الجيدة في أعمالهم نجاحا وإنجازا، مما يشعرهم بالسعادة.

وأخيـــرا، في الوقت الـــذي تفوق فيه درجات الأطفـــال التوحديين في الفـــروع العملية من اختبـــارات الذكاء درجاتهم فـــي الاختبارات اللفظية، يتميز أطفال أســـبرغر بالعكس، حيث يكون أداؤهم أفضل في الاختبارات اللفظيـــة. وبالإضافـــة إلى ذلك فإن أطفال أســـبرغر يعانون عدم التوازن الحركي، بينما يبدو الأطفال التوحديون أكثر اتزانا.

ومع ذلك هناك بعض الســـمات الاجتماعية التي يشترك فيها الأطفال التوحديون مع الأطفال المصابين باضطراب أسبرغر، فكلا الاضطرابين لا يســـتطيع المصاب بهما قراءة او فهم تعابير أو انفعالات الآخرين، وبالتالي

(*) أي نتيجة لاضطرابهم الأساسي [المترجمة].

فإن ردود أفعالهم عليهم إما محدودة جدا أو غير مناسبة من حيث النوع. وقــد أعطى توني آتوود (Tony Attwood) مثالا على ذلك بشــاب صغير يعاني من اضطراب أســبرغر الذي واجه غضــب والدته وجبينها العابس قائلا: «انظر إنه أحد عشــر»! [10]. ومن الصعوبات الأخرى التي يواجهها الأفــراد من هاتين الفئتــين، العجز عن وصف ســمات الآخرين. فعندما يُسألون: ما هي أشباه والدتكم مثلا، يكون الرد جملة غير مناسبة وهي أن والدته تحب صلصة الرانش.

وعلــى الرغــم مــن أن الجدل حــول الفرق بــين هذيــن النوعين من الاضطرابات النمائية مازال دائرا، فإن أهمية ذلك التمييز تنبع من الهدف من ورائه وليس التمييز بحد ذاته. فإذا كان الباحث يجري دراســة بهدف التشــخيص الدقيق جدا فإن التمييز بين الاضطرابين يكون مهما، أما إذا كان الهدف هو تقديم خدمة إكلينيكية فإن التمييز يصبح أقل أهمية. حيث تتشابه احتياجات التوحديين ذوي القدرات الجيدة مع المصابين باضطراب أسبرغر، ومن ثم فإن احتياجاتهم واحدة أو متشابهة.

اضطرابات نمائية غير محددة النوع (*)

حيــث إن الفئات التشــخيصية التــي ذكرت ســابقا، اعتمدت في تصنيفها على أســاس الســلوك الظاهــري لا الأعــراض البيولوجية، فــإن فئة من الأطفــال لا تندرج تحــت أي من التصنيفات الســابقة. الاضطرابات النمائية غير محددة النوع (PDD-NOS)، هي التشخيص المعتمــد للأطفال الذين لا تنطبق عليهم ســمات الاضطرابات النمائية المحددة أو أي اضطرابات أخرى، كالفصام، أو الشــخصية الفصامية، أو اضطراب الشــخصية الانعزالية، وغير ذلك. الأطفال من هذه الفئة يظهرون عجزا شــديدا فــي النمو الاجتماعي والتفاعــل مع الآخرين، بالإضافــة إلى عجز عــن التواصل اللفظي وغيــر اللفظي، فضلا عن الســلوك الشــعائري. ويشــار إلى هذه الفئة وفق الدليل التشخيصي الأمريكــي الرابع (DSM-IV) التوحد غير الكلاســيكي، وهم الأطفال

(*) Pervasive Devdopmental Disorder, Not Otherwise Specified.

الذين لا تنطبق عليهم أعراض التوحد الكلاسيكي، حيث إن أعراضهم أقل شدة من أعراض التوحد، وقد تكون مختلفة قليلا أو تبدأ في عمر متأخر عن ثلاث سنوات.

الاضطرابات المتزامنة: (Comorbidity)

الاضطرابــات المتزامنــة (أي أن يعاني الفرد من أكثر من اضطراب في الوقت نفســه). هي أحد الموضوعات التي يدور حولها الجدل والنقاش فــي ميدان التوحــد. فكما رأينا، يمتــد اضطراب التوحد طــوال العمر، ويتميــز بتعدد الأعراض، وليس من الغريب أن تتغير تلك الأعراض عندما يصل الفرد إلى ســن المراهقة أو الرشد. فبينما يحتفظ هؤلاء بتشخيص التوحــد فليس مــن الغريب أن يحصلوا على تشــخيصات أخرى في أثناء نموهم. فاضطرابات القلق والوســاوس القهرية، واضطراب نقص الانتباه والإفراط الحركي، بعض الاضطرابات الخاصة باللغة والنطق، والصعوبات الاجتماعيــة والعجز المعرفي أو العقلي، هي اضطرابات متزامنة شــائعة لدى هذه الفئة، وقد لا يتم تشــخيصها والتعرف عليها إلا في سن متأخرة (الاســتثناء الوحيد من ذلك هو التخلف العقلي المنتشر بكثرة بين مرضى التوحد والذي يُتعرف عليه ويُشخص مبكرا).

إن القــرار في إعطاء تشــخيص آخر بالإضافة إلى التوحد يســتند إلى عــدة عوامل أو احتمــالات. فقد أدى النجاح النســبي والحديث في علاج اضطراب الأفعال والوساوس القهرية وغيرها من اضطرابات القلق الأخــرى إلى وضوح هــذه الأعراض لدى التوحديين. وهــذا بدوره يطرح ســؤالا عما إذا كان اضطراب الوساوس القهرية لدى المصابين به من غير التوحديين مشــابه للوساوس القهرية التي تتسم بالشعائرية والتكرار لدى التوحديين. هذا السؤال قابل للنقاش والجدل من الناحية النظرية، أما على المستوى الإكلينيكي فهو غير مهم نسبيا مادام استخدام الأسلوب العلاجي نفسه فعالا ومؤثرا. وبالفعل، هناك ما يثبت أن كثيرا من المصابين بالتوحد يســتجيبون للعقاقير الطبية التي تســتخدم مع الأفــراد غير التوحديين والمصابين باضطرابات القلق من دون أي أعراض جانبية.

عامل آخر يؤثر في قرار التشــخيص هو الطبيعة الظاهرة والبارزة نســبيا لعرض ســلوكي ما والحاجــة إلى جعل ذلك الســلوك محورا ومركــزا للعــلاج. فالطفل التوحدي صغير الســن قد يُظهر ســلوكا شــعائريا متكررا، ويعاني في الوقــت ذاته اضطرابات لفظية أيضا. وفــي هذه المرحلة مــن النمو، يجب أن تكون الأولويــة للعلاج اللغوي، حيث إن اللغة هي الأســاس لنمو وتطور كثير من الجوانب الســلوكية الأخــرى. فمن دون اللغــة يُحرم الطفل من فرصة اكتســاب المهارات المعرفية والاجتماعية المعقدة. وبينما تتميز الأعراض السلوكية للتوحد بأنها شعائرية وثابتة تقريبا ومشوهة للذات، وقد تكون مزعجة وضارة أيضا، غير أن وجودها أو عدمه لن يكون له تأثير عميق في النمو في المســتقبل كما هي حال اللغة. وعلى الرغم من ذلك، فإن موضع تركيز العلاج ســيتغير في مرحلة عمرية لاحقة مع تغير الســمات السلوكية الظاهرة نســبيا. وعندما يكبر الطفل ويصل إلى مرحلة الرشد وتثبت مهاراته اللغوية (عند مســتوى معين)، فمن الضروري أن يركز العلاج وبشــكل مكثف على الأنماط السلوكية المعيقة اجتماعيا وذات الطبيعة الشعائرية والمتكررة.

إن القضاء على هذه الأنماط السلوكية مهم جدا للنجاح في دمج الفرد ضمــن محيط المجتمع. وهكذا فإن الشــاب الذي يعانــي من التوحد ومن صعوبات انفعالية قد يشــخص على أنه مصــاب بأحد اضطرابات القلق، وقــد يصبح هذا (أي القلق) الموضوع الرئيســي الــذي يركز عليه العلاج (سواء كان علاجا سلوكيا، أو طبيا باستخدام العقاقير).

محاولات للتمييز بين المجموعات الفرعية

إن موضــوع الاضطرابات المتلازمة يكــون عادة مرتبطا بالجهود التي تهدف إلــى تحديد وتعريف المجموعــات الفرعية للتوحــد [11]. وبما أن التوحــد اضطراب يتميز بتعــدد الأعراض وتباينها فإن أي تقدم يســمح للتمييز بين الأنواع المختلفة ضمن تلك الفئة بشــكل دقيق ومحدد، سيكون مرحبا به.

إن إدراكنـــا أن التوحد قد يكون بالفعل مجموعة من الاضطرابات، مختلفة الأسباب والمسار، شجع ونشط الجهود التي تهدف إلى تحديد الأنواع الفرعية للتوحد، مما ســيكون له آثار نظريــة وعملية إيجابية هائلــة. ومــن الطبيعي أن الجهود للتمييز بين فــروع التوحد والتعرف عليهــا كانت ومازالت موضوع جدل ونقاش ولم يحالفها إلا قدر ضئيل من النجاح.

إن الأســلوب الشــائع للتعرف على الفروع المختلفة والتمييز بينها يتطلب اســتخدام بعض الأســاليب الإحصائية مثــل تحليل المجاميع، والتحليــل العاملــي، وتحليل العوامــل المتعدد. وعلــى الرغم من هذا النشــاط الكبير والأســاليب الموضوعية الدقيقة الهادفة إلى التعرف على الأنواع المختلفة للتوحد فإنها لم تحقق الكثير حتى الآن. المشــكلة الرئيســية التي تواجه تلك الأســاليب الإحصائية هي أننا نحتاج إلى أن تكون الســمات الرئيســية لعينات البحث معروفــة ومحددة وقابلة للقياس. إن قيم تلك السمات هي التي تحلل إحصائيا. أما في ميدان التوحد فإن اختلاف الأعراض بين التوحديين، بالإضافة إلى اختلاف الأعــراض لدى الفرد الواحــد في المراحل العمريــة المختلفة، فضلا عــن صغر حجم العينــات المتوافرة للبحث، كل ذلك أعاق اســتخدام أســاليب إحصائية دقيقة في ميدان التوحد. فحتى نســتطيع تحديد الأفرع المختلفة بشكل دقيق يتعين على الباحث استخدام عينة مقبولة الحجم، وممثلة للمجتمع الكلي للتوحديين بشكل حقيقي. إن الأساليب الإحصائية تفرض أن الســلوك الذي جرى قياسه وتحليله هو السلوك المرتبــط بفروع التوحد المختلفة. ولأننــا لم نتعرف بعد على المتغيرات الســلوكية المهمة (الأعراض العصبية مثلا) فكيف نتأكد أننا نقيســها فعلا وليس شــيئا آخر. لقد اســتخدم كثير من الباحثين الأســاليب الإحصائيــة للتعرف على الأفرع المختلفة للتوحد، غير أنهم حتى وقتنا هذا لم يتفقوا فيما بينهم، كما أننا لم نتمكن من إعادة تلك الدراسات للتأكد من دقتها.

أسلوب آخر لتحديد الأفرع المختلفة للتوحد والتمييز بينها، هو تطبيق الملاحظة الإكلينيكية ومن ثم اتخاذ القرار أو الحكم، ومن أفضل المحاولات المعروفة التي استخدمت هذا الأسـلوب محاولة وينغ وغولد (Wing and Gould)، اللذيـن افترضا وجـود ثلاثة أنواع للتوحد بنـاء على ملاحظة أنماط التفاعل الاجتماعي [12].

النوع الأول: المنعزل أو المتحفظ، ويضم التوحديين الأكثر عزلة وبعدا عن المجتمع، هؤلاء الأفـراد يتجنبون التفاعل الاجتماعي، ويرفضون أي تواصـل اجتماعي أو جسـدي. والأطفال من هذه الفئـة لا يلجأون إلى آبائهـم عندما يصيبهم مكروه، كما أنهم لا يسـعون إليهم للحصول على الحـب أو الدفء منهم، أو يفرحون بهـم ويحيونهم إذا عادوا بعد غياب. وبالإضافـة إلى ذلك فإن فهمهم أو اسـتخدامهم للتواصل اللفظي وغير اللفظي يتميز بالعجز الشـديد (هذا إن وجد). أما المجموعة الثانية فهي المجموعة السـلبية، وتشمل الأفراد الأقل عجزا. فعلى الرغم من أنهم لا يسعون إلى التواصل الاجتماعي أو الدفء والحب من الآخرين، فإنهم لا يرفضون المبادرات الاجتماعية ومحبة الآخرين لهم. أما مهارات التواصل لدى هذا النوع فهي أفضل من تلك التي نراها عند المجموعة السـابقة، ولكـن لغتهم تعكس الشـذوذ والغرابة التي نراها لـدى التوحديين (مثل المصاداة، اسـتخدام ضمائر المتكلم والمخاطب بصورة عكسـية، والكلام الغريـب الذي لا معنى لـه)، و هؤلاء لا يوظفون اللغـة لخدمة التواصل الاجتماعـي، ولعبهم مـع الآخرين محدود جدا، وقد يكـون تقليدا لهم، أو سـلوكا مكررا أو أفعالا تفتقر إلـى الخيال. أما المجموعة الثالثة فهي «المجموعة النشطة والغريبة»، وتشمل الأفراد الذين يسعون بشكل إيجابي إلى الاتصال مع الآخرين، ولكنهم يفعلون ذلك بطريقة غريبة، وأسـلوب غير مناسـب عادة. فقد يقترب الطفل من هذه المجموعة من طفل آخر ويكلمه بطريقة غير مناسبة أو يقاطعه وهو يلعب، وهو في كل ذلك يحاول أن يجتذب الطفل ويلعب معه، (أذكر أن طفلا كان يقترب من أحد أقرانه ثم يقوم بفعل ليزعجه أو يقاطعه كأن يرمي قطار اللعب خارج مسـاره ثم بعد ذلك يصرخ «اطلب 911!»). والأطفال من هذه الفئة متأخرون لغويا،

وتتسم لغتهم بالسمات اللغوية لحالات التوحد الكلاسيكية. وبعضهم يكوّن لغة كاملة ومركبة، وحصيلة كبيرة من المفردات، ومع ذلك يكون كلامهم حرفيا وبسيطا ومكررا وخاليا من المحسنات البديعية. أما طريقتهم في اللعب فتتميز بالتقليدية والتكرار «والتخيل الكاذب»، كأن يلعب الطفل دور شخص آخر وينغمس في اللعب الرمزي، ولكن ذلك لن يختلف كثيرا عن أسلوبه التقليدي في اللعب.

بما أن الفئات المختلفة من التوحديين تختلف في احتياجاتها فإن تصنيفهم إلى أنواع بناء على ملاحظة سلوكهم قد يساعد على وضع الخطط العلاجية المناسبة لكل نوع. ومع ذلك فقد تبين أن جميعهم يشتركون في سمة العجز المعرفي، وإن كان الأطفال من فئة النوع المتحفظ هم الأكثر عجزا. أما التوحديون من الفئة النشطة والغريبة فهم أقلهم تخلفا، وعندما يُسيطر على هذا العجز المعرفي فإن الاختلافات بين تلك الأنواع تختفي تقريبا.

المواضيع المتعلقة بالتقييم:

لا شك في أنه أُحرز تقدم كبير في التشخيص الفارق بين الأنواع المختلفة للتوحد، كذلك بينه وبين غيره من الاضطرابات المشابهة له. ولقد كان هذا التقدم ممكنا بسبب استناد التشخيص والتقييم إلى الموضوعية بدلا من الذاتية. وبدل الاعتماد وبشكل كامل على الانطباعات الإكلينيكية للمختصين، مع احتمال أن تكون استنتاجاتهم متأثرة بالتدريب الذي حصلوا عليه أو ميلهم إلى نظرية معينة، أصبح لدينا عدد من مقاييس التقييم الموضوعية والمبنية على أساس عملي. ولكن الجدل مازال دائرا حول أفضل الأدوات وأكثرها قدرة على التمييز بين الأطفال التوحديين وغيرهم من الأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية الأخرى.

ولقد تكونت وسائل التقييم في البداية من قوائم مراجعة تتطلب من المستجيب (عادة أحد الوالدين أو المدرس أو الاختصاصي الإكلينيكي) أن يعطي الطفل درجة بناء على قيامه بأحد الأنماط السلوكية التي تعد مؤشرا على التوحد، وأكثر تلك القوائم انتشارا هي قائمة ريملاند

(Rimland's E-2 Checklist) [13] وقائمة الســلوك التوحدي (*) ABC وقائمة مقياس توحد الطفولة (**) (CARS) [14]. وكثير من هذه القوائم مازال يســتخدم حتى يومنا هذا، وأكثرها شيوعا واستخداما هو مقياس التوحد الطفولي (CARS). وهناك قائمة أكثر حداثة أظهرت حساســية عالية للكشــف عن التوحد عند الأطفال في سن ثمانية عشر شهرا، وهي قائمة التوحــد لدى الأطفال الرضــع (***) (The Checklist) (CHAT) (for Autism in Toddlers (CHAT) [15].

تتميز كثير من هذه المقاييس بأنها جعلت عملية التقييم سهلة وممكنة التطبيق، كما أن استخدامها لا يتطلب كثيرا من التدريب سواء من الفاحص (الباحث) أو المفحوص، وقد لا يتطلب تدريبا على الإطلاق، كما أنها مفيدة في التعرف الأولي على الأطفال التوحديين. ومع ذلك، فإن أيا من تلك المقاييس لم يكن شــاملا بشــكل يجعل اســتخدامه بمفرده كافيا، ولسوء الحظ فهي تستخدم بهذه الطريقة. وقد يكون هذا أحد الأسباب المباشرة في الاختلاف في التشخيص ونتائج الأبحاث، فقد يستخدم الإكلينيكيون والباحثون وسائل تشــخيص مختلفة تكون عادة غير متفقة فيما بينهــا، وبالتالي يختلفون في التشــخيص. فإذا أخذنا في الاعتبار مدى تعقيد وصعوبة اضطراب التوحد فــإن الاختبار الجيد الذي يمكنه أن يقيس هذا الاضطراب ويقيمه بســهولة يجب أن يكون شــاملا جميع جوانب وســلوكيات الفرد، ومن المعلومات التي يجمعهــا الباحــث من الوالديــن وغيرهما ممن يقومون علــى رعاية الطفل وملاحظته بصورة مباشرة في مواقف حياتية مختلفة.

وحديثا جدا أصبحت لدينا مجموعة من وســائل التشخيص والتقييم، المبنيــة على أبحـاث عمليــة مكثفـة مثـل: المقابلة التشــخيصية المقننة للتوحــد (****) (ADI-R) [16] والمقيــاس المســمى مقيــاس ملاحظــة وتشخيص التوحد (*****) (ADOS - G) [17].

(*) Autism Behavior Checklist.

(**) Childhood Autism Rating Scale.

(***) Checklist For Autism in Toddlers.

(****) Autism Diagnostic Interview - Revised.

(*****) Autism Diagnostic Observation Scale- Generic.

أمــا مقياس المقابلة التشــخيصية للتوحــد (ADI - R) فهو عبارة عن مقابلة تتضمن أسئلة شــاملة ومفصلة حول نمو وتطور الطفل، يقابل فيها اختصاصي متدرب من يقوم على رعاية الطفل وتربيته (غالبا الأم أو الأب)، وتركز هذه المقابلة على الأنماط السلوكية المعروف ارتباطها بالتوحد (مثل السلوك الاجتماعي، وســلوك التواصل والسلوك النمطي). ويتطلب إجراء المقابلة التشخيصية أكثر من ساعتين. وهذا المقياس الذي هو عبارة عــن تقرير من الوالدين عادة مــا يكمل (وهذا هو الوضع المثالي) بمقياس آخر وهو مقياس الملاحظة التشــخيصية للتوحد (ADOS-G)، وهو عبارة عن قيام اختصاصي متدرب بشــكل جيد بالعمل مع الطفل والتفاعل معه مباشــرة وبصورة منظمة ومخططة صممت لاستثارة سلوكيات من جانب الطفل عرف أنها مهمة في تشخيص التوحد ومرتبطة به. ومن أمثلة ذلك أن الفاحص يحاول أن يجعل الطفل يندمج في ســلوك معين مثل التقليد، الانتبــاه المتبادل مع الغير، اللعب التمثيلي، وأنماط ســلوك لغوية مختلفة. ويكون التقييم عن طريق ملاحظة وتســجيل الســلوك المستثار، بالإضافة إلى أنماط ســلوكية أخرى مثل التعاطــف أو الانفعال، أو التواصل بالعين، والسلوكيات غير المناسبة مثل الاستثارة الذاتية.

لقد تميزت المقاييس الآنفة الذكر (ADI-R - ADOS-G) بقدرتها علــى جمع المعلومات من مصادر عدة (مثل القائمين على رعاية الطفل، وملاحظة الباحث المباشرة)، متبعة أسلوبا مخططا ومنظما وموضوعيا. كمــا تتمتــع هـــذه المقاييـــس بدرجة جيدة من الصـــدق، بالإضافة إلــى أنها تتفق في تشــخيصها مع المعايير الموجــودة في الدليل الطبي التشــخيصي (ICD-10) والدليــل الأمريكي التشــخيصي الإحصائي (DSM-IV). غير أن تطبيـق وتصحيــح تلك المقاييــس يحتاجــان إلــى تدريـب مكثف، مما يجعلها غير صالحة للاســتخدام من قبل كثير من المستخدمين المحتملين.

من الواضح أن التقييم عملية معقدة، وأن اختيار الباحث أو الإكلينيكي لوسيلة تقييم دون أخرى يعتمد على الهدف من التقييم، فمثلا هل الهدف مــن التقييم التعــرف على الحالات، وبالتالي أحقيتهــا في الحصول على

الخدمات التي تقدم؟ أم هي جزء من بحث علمي؟ أم أن هدف التقييم هو التشخيص الدقيق؟ أم يهدف إلى تحديد ووصف مفصل للسلوك التوحدي سعيا وراء وضع أسلوب علاجي مناسب وخاص؟ مع العلم أن معظم المراكز التي تهتم بالتوحد تستخدم وسائل أخرى غير الوسائل التشخيصية التي ذُكرت سابقا مثل الاختبارات المعرفية المقننة، اختبارات اللغة، بالإضافة إلى اختبارات تقييم القدرات الحركية. وهذه جميعها أمور ضرورية للوصول إلى فهم شامل لهذا الاضطراب المعقد.

زيادة معدلات التوحد

تعتبر الزيادة الهائلة في معدلات تشخيص وتسجيل حالات التوحد في السنوات الأخيرة أكثر المواضيع جدلا وأهمية، فقد شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعا كبيرا في معدلات تشخيص وتسجيل حالات التوحد حول العالم. وقد تقررت تلك الزيادة بواسطة الاختصاصيين الإكلينيكيين، ومؤسسات المجتمع التربوية والتعليمية، والمختصين في اللغة والنطق، والمؤسسات التي تقدم خدمات لمن يعانون من إعاقات نمائية، بالإضافة إلى الدراسات والأبحاث الوبائية [18]. ويستطيع الفرد منا إدراك تلك الزيادة الهائلة في حالات التوحد إذا قارن معدلات الانتشار في فترات زمنية مختلفة. حيث تشير الدراسات إلى أن معدلات الإصابة ما بين عامي 1960 و 1970 كانت 4 إلى 5 حالات لكل (10000) عشرة آلاف ولادة. أما في الثمانينيات فقد كانت معدلات الإصابة من 2.5 إلى 16 حالة لكل عشرة آلاف حالة ولادة. وتراوحت معدلات الإصابة في التسعينيات ما بين 5 إلى 31 حالة لكل عشرة آلاف ولادة. أما التقارير الصادرة في 2004 فتدعي أن هناك طفلا توحديا لكل 150 – 200 حالة ولادة جديدة. ويشير التقرير الذي صدر من قبل قسم الخدمات النمائية لولاية كاليفورنيا إلى زيادة بنحو 610% في حالات التوحد ما بين 1988 و1998. كما أُعلن التوحد مشكلة صحية وطنية في جلسة استماع الكونغرس الأمريكي في أبريل عام 2002 حيث تشير التقارير إلى وجود نحو

مليون ونصف المليـــون مصاب بالتوحد في الولايات المتحدة الأمريكية بمفردهـــا في ذلك الوقت، وأن هناك زيادة ســنوية بمعدل 10% إلى 17%. وهي إحصائيات مذهلة في الواقع.

ولـ «وباء التوحد»، كما سُمي، تأثير كبير وعميق جدا، ليس لما يمثله من عبء عاطفي ونفســي على الآبــاء والقائمين على رعاية التوحديين، ولكــن مــن الناحية الاقتصاديــة والمالية أيضــا. إن زيــادة العبء على المؤسســات الاجتماعية لتقديم الخدمات التربويــة والإكلينيكية مُكلفة ومرهقــة جدا حتى على المناطق الأكثر غنى ووفرة. وبالنظر إلى التكلفة التي قــدرت بنحو 5 ملايين دولار لكل توحدي طــوال حياته، فإن ذلك يعني أن التكاليف المتعلقة بالتوحد وعلاجه تقدر بـ 200 إلى 400 مليار دولار سنويا [19].

لقــد أصبح تزايد عدد الأطفال الذين يجري تشــخيصهم بالتوحد حقيقــة لا يمكــن إنكارها. ومع ذلك فالســؤال الذي يطرح نفســه هو: هــل هذه زيــادة حقيقية في حالات التوحد؟ أم أن الزيادة التي تُســجل ونلاحظهــا ناتجة عــن عوامل أخرى مثل زيادة وعي المجتمع والجســم الطبي بالاضطراب؟ أم التغيرات التي طرأت على عمليات التشــخيص في السنوات الأخيرة؟ أم التحسن في أساليب اكتشاف الحالات؟ أم زيادة في طلب التشخيص للحصول على الخدمات التي تقدم للتوحديين؟ فعلى الرغم من إدراكنا للتغيرات الجذرية والمهمة في كل المجالات لا نستطيع أن نحــدد ما إذا كانت كل تلك العوامل تفســر هذا التزايد في معدلات الإصابة بشكل كامل.

ومــن المؤكــد أيضا أنه مقارنــة بالأربعين أو الثلاثــين أو حتى خمس الســنوات الأخيرة فإن هناك زيادة هائلة فــي الوعي بالتوحد. أذكر أنني اكتشفت في بداية حياتي العملية، عندما كنت ألقي محاضرات على أطباء الأطفال، أنهم (أي الأطباء) نادرا ما سمعوا عن اضطراب التوحد، فضلا عن رؤية أو التعرف على أحد التوحديين. أما الآن فمن الطبيعي أن يختلف الأمــر كثيرا؛ فالأطباء يعرفون جيدا ما هو التوحد، وعلى وعي بأعراضه المبكرة، ومع أخذ الزيادة في أعداد التوحديين في الاعتبار يمكن القول إن

هنـــاك حالة توحدية واحدة بين حالات كل طبيب. ولم تقتصر الزيادة في الوعي بالتوحد على الجســـم الطبي والمؤسسات المختصة في المجتمع، بل امتدت فأصبح الموضوع كثير الظهور في وســـائل الإعلام العامة، والكتب والمجـــلات والصحف اليومية، والأفلام الســـينمائية، والتلفزيون. الجميع الآن ســـمعوا أو عرفوا عـــن التوحد حتى وإن كانـــت معلوماتهم محدودة (أو غير صحيحة). والســـؤال هو: هل الزيادة فـــي الوعي بين المختصين والعامة هي التي أدت إلى الزيادة في اكتشـــاف الحالات وتسجيلها ضمن المؤسســـات الخدمية التي تعلـــن تلك الأرقام؟ فـــإذا كان هذا هو الحال، فســـوف يسبب زيادة في الحالات المســـجلة، حتى لو لم تكن هناك زيادة حقيقية في حدوث التوحد.

إن وجود معايير تشـــخيصية أكثر مرونة واتساعا، بالإضافة إلى توافر وسائل التشـــخيص (كالتي وصفناها ســـابقا) قد يكون له تأثير في زيادة عـــدد حالات التوحد التي يتم تشـــخيصها والتعـــرف عليها. ومن المحتمل أن الوضوح والدقة في عملية التشـــخيص والتقييم قد شاركت في الزيادة المشـــار إليها. ويفتـــرض البعض أن الأطفال الذين تم تشـــخيصهم حديثا تظهر عليهم أعراض ســـلوكية أكثر تنوعا مقارنة بالحالات التي شخصت في بداية تشخيص التوحد كاضطراب مستقل.

أحد العوامل المحتملة لتلك الزيادة هو أن الأطفال الآن يشخصون في ســـن مبكرة جدا مقارنة بالســـابق مما يفســـر الزيـــادة في عدد الحالات التي تســـجل بواســـطة المؤسســـات والهيئات الحكومية التي تقدم خدمات لتلك الفئة. هذا التوجه نحو التشخيص المبكر قد يكون نتيجة للتركيز على العلاج المبكر، ونشـــاط مجموعة الحركة التثقيفية لذوي الإعاقات (IDEA) (*)، والتي أنشـــئت في العام 1975، وكانت تنـــادي بأن تقدم حكومة الولايات المتحـــدة خدمات علاجية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر وثلاث ســـنوات الذين لديهم تأخر أو إعاقات نمائية، أو علـــى حافة الخطر للإصابة بها. ومثال على ذلك، نتائج الدراســـة التي أُجريت في كاليفورنيـــا عن حالات التوحد والتي

(*) Individuals With Disabilities Education Act.

بينت أن متوسط عمر الأطفال الذين انضموا إلى المؤسسات العلاجية انخفض من سن 6.9 سنة للأطفال الذين ولدوا عام 1987 إلى 3.3 سنة بين من ولدوا عام 1994[20].

من الأسباب الأخرى والمفترضة لما نلاحظه من زيادة في أعداد التوحد المسجلة دور التشخيص في الوصول إلى الخدمات والحصول عليها. فالحقيقة أن الخدمات الصحية والتربوية لم تكن موزعة بشكل متساو بين الأفراد الذين يعانون من حالات مختلفة. في بداية عملي في مجال التوحد (في ولاية كاليفورنيا) كان النظام التربوي يوفر الخدمات والفصول الخاصة للأطفال المصابين بالتخلف العقلي، والأطفال المصابين بإعاقات فسيولوجية مختلفة، باستثناء الأطفال التوحديين الذي حرموا من تلك الخدمات. (والحقيقة أن هذه الأوضاع ساهمت في أن كثيرا من الأطفال التوحديين كانوا يوضعون في مؤسسات الرعاية عندما يبلغون سن المراهقة، حيث إن الخدمات التي كانت متوافرة لهم في التعليم العام قليلة جدا، في الوقت الذي لم تستطع فيه أسرهم التعامل معهم في تلك السن). ومن الطبيعي أن يبحث الآباء في ظل تلك الظروف عن تشخيص محدد لأبنائهم حتى يتمكنوا من الحصول على الخدمات المتوافرة للمعاقين، مما دفع الآباء في تلك الفترة إلى تفضيل تشخيص التخلف العقلي وليس التوحد الذي حاولوا تجنبه. فالمتخلفون عقليا كانوا يتمتعون بالخدمات التي تقدمها المؤسسات الحكومية، ومن المحتمل أيضا أن المختصين كانوا أكثر ميلا إلى استخدام تشخيص «التخلف العقلي»، لعلمهم أن هذا التشخيص يزيد من احتمال حصول الأطفال على الخدمات الخاصة.

أما في الوقت الحاضر فقد تغير الموقف بشكل كبير وأصبحت برامج التربية الخاصة شاملة للأطفال التوحديين، ووضعت البرامج التربوية والخدمات التي تناسب احتياجاتهم. وبشكل عام فإنه نتيجة لمجهود أولياء الأمور ونشاطهم، ولمجموعات الضغط التي شكلوها على المؤسسات الحكومية المختلفة، والقضايا التي رفعوها أمام المحاكم، فقد خُصص الكثير من الأموال لرعاية الأطفال التوحديين.

نتيجة لذلك تغير المجال، وأصبح تشخيص التوحد هو المرغوب فيه بدلا من التخلف العقلي، لأن الوصمة التي يسببها أقل حدة، في الوقت الذي يحصل هؤلاء الأطفال على خدمات مناسبة لاحتياجاتهم أكثر من المتخلفين عقليا. وقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت في كاليفورنيا أن الزيادة في عدد الحالات المسجلة للتوحد تزامنت مع تناقص في تسجيل حالات التخلف العقلي. وبالتحديد فقد بينت تلك الدراسة أنه بينما زاد عدد حالات التوحد المسجلة بنسبة 9.1% لكل 10 آلاف انخفض عدد حالات التخلف العقلي غير محدد السبب والمسجلة بنسبة 9.3%. وهنا لا يستطيع أحد أن ينكر حقيقة ارتباط تشخيص التوحد بالحصول على الخدمات والأمور المادية، وقد يكون هذا هو أحد أسباب الزيادة في عدد الحالات التي يتم تشخيصها بالتوحد.

سبب آخر محتمل لزيادة معدلات الإصابة بالتوحد هو زيادة الملوثات البيئية، ففي الوقت الذي احتفظ فيه التفسير العضوي للتوحد بقوته ومصداقيته، هناك افتراض آخر هو عوامل التلوث البيئي التي تفاعلت مع الاستعداد العضوي والبيولوجي لدى بعض الأفراد ممن لديهم استعداد وراثي عضوي أصلا للتوحد.

من غير المؤكد حتى الآن ما إذا كان أحد أو كل العوامل التي ذُكرت مسؤولة عن الزيادة في حالات التوحد المسجلة، هل تعطي تلك العوامل تفسيرا كاملا لهذه الزيادة؟ لا نستطيع حتى يومنا هذا أن نجزم بذلك. وقد توصلت دراسة حديثة أجريت في عدة بلدان إلى استنتاج أن الزيادة في حدوث وانتشار التوحد تمثل في الواقع تغيرا في المفهوم والتعريف، بالإضافة إلى زيادة الوعي لدى كل من المختصين والعامة. وعلى كل الأحوال فإن القائم على تلك الدراسة أشار إلى الحاجة إلى دراسات أخرى للتأكد مما إذا كان التوحد في ازدياد فعلا [21].

وجدير بالذكر أن كثيرا من الأبحاث في الطريق لمحاولة تحديد العوامل المهمة المسببة للزيادة في الحالات المسجلة.

دراسات عديدة أخرى تجرى الآن بواسطة مراكز الوقاية والحد من الأمراض في أتلانتا بهدف وضع وتطوير برامج تقوم على متابعة وملاحظة معدلات انتشار التوحد. والهدف الأساسي من تلك الدراسات

هــو توفير تقييم شــامل وقابل للمقارنة وقائم على دراســة مســحية تشــمل المجتمع الكلي للتعرف على معدلات انتشــار التوحد وغيره من الاضطرابــات في فترات زمنية مختلفة وفي أماكن عدة، والأمل معقود على أن تسلط هذه الدراسات الضوء على الأسئلة التي لم تجد الأبحاث إجابة عنها حتى الآن.

بصرف النظر عن النتائج التي ستتوصل إليها تلك الأبحاث، هناك شــيء واضح ومؤكد هــو أن حالات التوحد في تزايــد، وأن تأثير هذه الظاهــرة في الخدمات التي تقدم للتوحديــين كبير جدا. وأن الضغط علــى المهتمين لاكتشــاف وتشــخيص وتقييم، وبالطبع عــلاج الأعداد المتزايدة من التوحديين يتطلب تكثيف الجهود والأبحاث وزيادة التنسيق والتعاون بين المؤسســات المختلفة التــي تتعامل مع التوحد. ومع الوضع فــي الاعتبار أن مجال التوحــد لم يتميز بالتنســيق والاتفاق والتعاون دائما، فإن التحديات ستكون هائلة.



4

ما هي أسباب التوحد؟

- إنه شهر ممل، ذلك الذي يمضي من دون اكتشاف سبب جديد للتوحد.

(مايكل رتر، متحدثا في اللقاء السنوي الثاني لأبحاث التوحد، 2002).

أعلن عبر هـذا الكتـاب اعتقادي أن رغبة الآباء في ألا يوجد طفلهم أصلا هي العامل المحفز لتوحد الطفولة.

(برونو بتلهايم،
كتاب «الحصن الفارغ»، 1967).

- يمكن الاسـتنتاج أن العامل الجيني هو السبب الرئيسي والسائد في الأغلبية العظمى من حالات التوحد.

(مايكل رتر، أنتوني بيلي، إميلي سيمونوف، وأندرو بيكلز، في كتاب «التوحد والاضطرابات النمائية المنتشرة»، 1997).

عندما لا يعرف سـبب محـدد وراء اضطـراب مـا، تتكاثر النظريـات، ولا يوجد مجـال يتجلـى به ذلـك بوضوح

«مـن المهـم جـدا أن ندرك أنه فـي الوقت الـذي تقدم فيه الأبحـاث الجينية فوائد عدة في مجال فهم أسـباب التوحـد، فإنها لـن تؤثر في عـلاج الأفـراد المصابـين فعلا، فتطبيق نتائج الأبحاث الجينية على العلاج لن يتحقق إلا بعد سنوات من الآن»

المؤلفة

أكثر من ميدان التوحد. كما تشير إليه الاقتباسات أعلاه، فقد ظهرت اختلافات نظرية رئيسية فيما يتعلق بأسباب التوحد، وقد عكست تلك الآراء المختلفة تطور علم النفس عامة، وتضمنت المفاهيم السائدة وقت ظهورها. وهكذا تراوحت النظريات التي تناولت التوحد بين تلك التي ألقت المسؤولية على الوالدين كسبب للتوحد، وتلك التي ترى أن أسباب التوحد عضوية بيولوجية بشكل تام، بعيدا عن أي تأثير للوالدين.

التوحد نتيجةً لبيئة اجتماعية مختلة

النظرية النفسية

نحن لا نليق بالقالب الكلاسيكي للتوحد، البشرة البيضاء والذكاء والانتماء إلى الطبقة الاجتماعية العليا، وبناء على رأي الطبيب الخاص فإن ولدي لا يمكن أن يكون توحديا. فأنا لست بيضاء البشرة، ومفترض أن أكون غير مثقفة وغير متعلمة. ولذلك شُخِّص ولدي بأنه مضطرب انفعاليا وليس توحديا. الموقف الذي أنا فيه الآن أن ولدي لديه إعاقة أعرفها واستطعت تحديدها، ولكن المختصين يقولون: «لا، لا يمكن أن يكون كذلك. أنت حتى لا يمكن أن تكوني «أما ثلاجة»، يا لسخرية ذلك»، (أم أمريكية من أصول أفريقية لطفل توحدي، مقطع من فيلم «الأم الثلاجة») (1).

بفضل إدراكنا المتأخر، فإن النظرية النفسية في تفسير التوحد - والتي جعلت من الآباء وسلوكهم سببا مباشرا لإصابة أبنائهم بذلك الاضطراب - هي أكثر الفصول مأساوية في تاريخ التوحد. وكما يستطيع الفرد منا أن يتصور أن موضوع مسؤولية الآباء عن إصابة أبنائهم بالتوحد كان محلا للجدل والنقاش الحاد في الميدان. فقد كانت المرارة واليأس والغضب، بالإضافة إلى الإحساس بالذنب هي ردود الفعل المباشرة لأولياء الأمور، نتيجة تلك النظرية التي ساندها مختصون فشلوا في دراسة صدق هذه النظرية دراسة ناقدة. فشلت الدراسات التجريبية في تقديم المساندة والتأييد للنظرية المذكورة. وعلى الرغم من شيوع تلك النظرية منذ بداية الأربعينيات حتى الستينيات من القرن الماضي، فإنها لا تملك إلا عددا قليلا من المؤيدين حاليا.

فكيف وصلت الأمور إلى تلك البداية غير السعيدة؟ للإجابة عن هذا التساؤل نقول إن هناك عنصرين أساسيين هيآ الظروف التي مكنت النظرية النفسية من الازدهار وهما:

أولا، عندما وُصِّف التوحد لأول مرة في العام 1943، كانت مدرسة التحليل النفسي هي السائدة والمؤثرة في فهم وتفسير الاضطرابات العقلية. تقول نظرية التحليل النفسي إن الأعراض الظاهرة للاضطرابات العقلية الخفيفة والشديدة هي تعبير عن صراعات داخلية ناتجة عن خبرات مكبوتة في اللاشعور ترجع إلى الطفولة المبكرة جدا، وبشكل أساسي علاقة الطفل بوالديه. ولذلك عندما يظهر الطفل اضطرابات سلوكية من دون سبب أو تفسير فسيولوجي فإن المختصين يبحثون في خبراته الاجتماعية في الطفولة المبكرة جدا لتفسير تلك الاضطرابات. وبما أن الوالدين، وبالتحديد الأم، هما المؤثران الرئيسيان في الخبرات الاجتماعية المبكرة للطفل، فقد جاء استنتاجهم أن الوالدين مسؤولان عن اضطراب طفلهم.

ثانيا، في تقييمه المبكر لآباء الأطفال التوحديين، وصف ليو كانر هؤلاء الآباء بأنهم متحفظون وانطوائيون، جامدون عاطفيا، مفرطون في النظام والروتين، أذكياء جدا وعقلانيون، جادون لا يعرفون المزاح، منعزلون اجتماعيا، لا يأبهون بالأمور التافهة والهامشية، ومنسحبون عاطفيا [2]. وبالإضافة إلى ذلك وصف هؤلاء الآباء بأنهم منظمون جدا في تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية، فضلا عن فشلهم في إظهار أي عاطفة أو حب في تفاعلهم مع أولئك الأطفال. إن بيئة اجتماعية مثل هذه لا يمكن أن تحتضن أو تمهد لنشأة ارتباط أو علاقة طبيعية بين الطفل ووالديه. وحيث إن الارتباط المبكر يعتبر شديد الأهمية في المراحل العمرية التي تتبع ذلك، وفي نمو وظائف الإنسان الاجتماعية والعاطفية، فليس غريبا إذن أن يعتقد أن افتقارهم الواضح إلى الترابط مع الوالدين أدى إلى الأعراض الشديدة التي نلاحظها لدى التوحديين.

ومن العدل أن نشير إلى أن كانر نفسه لم يعتقد أن الوالدين كانوا السبب الوحيد للإصابة بالتوحد، بل رأى أن التوحد عبارة عن محصلة للتفاعل بين القابلية البيولوجية للتوحد (العامل الجيني)، والعوامل

البيئيـــة التي تمثلت في ظروف اجتماعية ســـلبية وغير مواتية من طرف الوالديـــن. كما افترض أن التوحد قد يكون صورة مبالغا فيها لميل العائلة إلى العزلة الاجتماعية.

وللأســـف، فإن كثيرا من الأطباء والمحللين النفسيين لم يكن لديهم الاستعداد لتبرئة الوالدين من تلك المسؤولية. لقد تبنى أولئك المختصون وصف كانر لشـــخصية الآباء وربطوها مباشـــرة في حدوث التوحد. ثم ظهرت نظريات عدة تربط بين هذا الاضطراب وبعض العوامل العائلية مثـــل الرفض من قبل الوالدين، وعدم كفايـــة المثيرات في حياة الطفل، واضطراب فـــي التفاعل بين الطفل والوالديـــن، والتوتر داخل العائلة، وتأثـــر الأطفال بالخصائص الســـلوكية المنحرفـــة أو الغريبة لوالديهم واســـتجابتهم لها. وقد اعتبر العامل الأخير أكثر العوامل تأثيرا من بين كل تلـــك النظريات، خصوصا أن كثيرا من المحللين النفســـيين لاحظوا أن التوحديـــين يتميزون بالافتقـــار إلى العلاقات الطبيعيـــة مع البيئة الاجتماعيـــة والمادية من حولهم، وأنهم منشـــغلون ومنغمســـون، لدرجة كبيرة، باستثارات داخلية ذاتية أقرب إلى ما يحدث خلال مراحل النمو الطبيعي الأولى.

إن التحول من المرحلة التي وصفت بـ «النرجسية الأولية»، وهي التوحد مـــع الذات إلى مرحلة العلاقات بـــين «الأنا والآخر» يعتقد أنها تحدث من خلال ســـلوك الأم في رعايتها لأبنائها. ومن هنا فإن الانحراف أو الشذوذ في أســـلوب رعاية الأم لطفلها قد يقود الطفل إلى عالم التوحد، إذا فشل في تحقيق ذلك التحول.

وقد كان برونو بتلهايم، وهو عالم نفس نمســـاوي ينتمي إلى المدرسة التحليليـــة، من أكثر المؤيدين لوجهة النظر تلك، كما كان أكثرهم تأثيرا، فهو الذي أوصل «للأســـف» نظرية مســـؤولية الآباء عـــن توحد أبنائهم إلى قمة أهدافها، وذلك بالتركيز وبشكل كلي على الآباء كسبب للتوحد [3]. لقد اســـتخدم بتلهايم تعبير كانر «الأم الثلاجة» ليعبر به عن البرود العاطفي والعزلـــة الاجتماعية التي تميز أمهـــات الأطفال التوحديين. وافترض بتلهايم أنه وعلى العكس من آباء الأطفال الطبيعيين، فإن آباء

الأطفال التوحديين يعانون أمراضا نفسـية جعلت استجاباتهم لسلوك أبنائهـم الطبيعي غير طبيعية. فـي مراحل النمو الطبيعي يقوم الطفل الصغير باستكشـاف البيئة من حوله بنشـاط، كما يحـاول أن يتصل بالآخرين والأشـياء من حولـه. ويمر خلال ذلك بعـدة مراحل نمائية حرجة (مثل الرضاعة، والتعرف على الوالدين، واسـتخدام المرحاض، وغيـر ذلك مـن مهارات). مـن الطبيعي أن يواجه الطفـل خلال تلك العملية كثيـرا من عوامل التهديد والإحباط مـن بيئته الجديدة والتي يستكشـفها، وفي هذه الحالة فإن استجابة الطفل / الطفلة للبيئة التي تهدده ستكون إما بالانسحاب وإما بعدم التجاوب. تقوم الأم الطبيعية في ظل تلك الظـروف بزيادة التعبير عن أمومتها ورعايتها للطفل/ للطفلة بالاحتضان، والهز، والتغذية، والملاطفة. فيفسر الطفل تلك الأفعال من الأم علـى أنها تضمين له وإعطاؤه الأمان، وتعتبر تلك الأمومة الفياضة أساسية لتكوين الارتباط بين الأم وطفلها.

يقترح بتلهايم أنه على العكس من ذلك، فإن استجابة الأمهات المرضية هي رد فعل على عدم تجاوب الأطفال التوحديين. وتكون استجابة الوالدين تحديدا بالمشاعر السـلبية الحادة والرفض، كما يقابلون انسحاب أبنائهم بانسـحاب من طرفهم. وبدوره يفسر الطفل سلوك الآباء تفسيرا عدائيا، ونتيجـة لذلك يتجاوب معه بيأس وغضب داخلي، وإحسـاس بالعجز في بيئة عدائية مملوءة بالتهديد.

ويتولد عن هذا كله تعميق وتدعيم لانسـحاب الطفل، وتسـتمر هـذه الدائرة من الرفـض والبـرود العدائي المتبـادل حتى يدخل الطفل في المرحلة التي أشار إليها بتلهايم «المرض التوحدي المزمن» (Chronic autistic disease). وهكذا، ووفق وجهة النظر السـابقة، بينما كان انسـحاب الطفل في بداية الأمر جزءا من التطور والنمو الطبيعي، فإن اسـتجابة الأم له والتي تميزت بالسـلبية الشـديدة، والرفـض اللاواعي هي التي أدت إلـى تعقيد الموقف وقادت الطفل إلى الانسحاب التوحدي.

(ليس من المستغرب أن هناك جدلا حتى ضمن النظرية التحليلية الأصلية، فبعض المنظرين وضعوا تعديلات على النظرية الأصلية مفادها بأن السبب ليس الاستجابات المضطربة أو المرضية للآباء وخصوصا الأم، ولكن انحراف وخطأ الطفل في تفسير سلوك الأم هو الذي أدى إلى الانسحاب) [4].

إن الفرض الأساسي في نظرية بتلهايم، هو أن انسحاب الطفل وتراجعه من الحياة الاجتماعية إلى عالم التوحد يحدث نتيجة لما يدركه الطفل من تهديد وعدائية ممثلة في والدته. تفسر وجهة النظر هذه التوحد إذن على أنه استجابة محددة لما يدركه الطفل من واقع عدائي، وعندما يتعمق انسحاب الطفل فإن كل طاقته تتحول إلى حيل للدفاع عن النفس. بما أن بعض الأحداث البيئية تسبب كثيرا من الألم للطفل التوحدي فإنه يقوم بكبتها وإبعادها عن حيز الشعور، وذلك بتجنب التفاعل مع البيئة، ويظهر ذلك الانسحاب من البيئة بصورة أعراض توحدية مثل: الاستثارة الذاتية، والمصاداة، والإصرار على المحافظة على الأشياء من دون تغير، وهي أعراض قد تمثل حيلة للحفاظ على حالة من الاتزان النفسي.

وجدت هذه النظرية تأييدا كبيرا لأنها نبعت من مدرسة التحليل النفسي والتي كانت شائعة في ذلك الوقت، بالإضافة إلى اتفاق مواصفات التوحد التي جاءت بها تلك النظرية مع السمات التي وصفها كانر في بداية تشخيص التوحد. لكن هذه النظرية، وكما هي الحال مع غيرها من النظريات التي لم تستند على أساس عملي، لم تصمد عندما أُخضعت للمراجعة والدراسة العلمية الناقدة. لننظر معا كيف فشلت تلك النظرية في تجاوز اختبار التدقيق العلمي:

أولا، استندت تلك النظرية وبشكل أساسي على قصص وحكايات فردية وعلى افتراض أن آباء الأطفال التوحديين يتصفون أو يعانون من اضطراب في الشخصية والسلوك، وليس على أساس دراسات علمية مقننة تستند إلى الضبط التجريبي. وعلى الرغم من أن الدراسات العلمية والتي اتبعت التجريب العلمي أثبتت أنه لا توجد فروق بين آباء الأطفال

التوحديـــين وغيرهم من الأطفال الطبيعيـــين، أو المصابين بإعاقات أخرى فيما يتعلق بسمات الشخصية أو طريقة التعامل والتفاعل مع الأبناء، فقد قارنت إحدى الدراســـات بين مجموعة من آبـــاء أطفال توحديين يتمتعون بـــذكاء طبيعي، ومجموعـــة أخرى من آبـــاء لأطفال يعانون مـــن الأفيزيا الحســـية (اضطراب التعبيـــر)، ولكنهم يتمتعون بـــذكاء طبيعي أيضا، ولم تجد الدراســـة بين مجموعتي الآباء في متغيرات البحث مثل الاضطرابات العقلية أو الأفعال القهرية أو أسلوب تفاعلهم مع أبنائهم [5]. وبينما وجدت الدراسة ارتفاعا في معدلات الاكتئاب والعصاب لدى نصف عدد الأمهات تقريبـــا في المجموعتـــين، فإنها اعتبرت تلك الســـمات نتيجة للتوتر الذي يترتب على رعاية طفل معاق، وليســـت ســـببا لتلك الإعاقة. دراسة أخرى قارنت بـــين أداء مجموعة من آباء الأطفال التوحديين باســـتخدام اختبار منيوســـتا المتعدد المراحـــل (MMPI) [*]، ولم تجد فروقـــا كبيرة بين أداء آباء التوحديين والطبيعيين في ســـمات الشخصية، كما لم تجد فروقا في أسلوب التفاعل العائلي لتلك الأسر [6].

المشـــكلة الثانية التي تواجه النظرية السيكولوجية هي أن الفروق التي نراها في الخصائص الشـــخصية لآباء التوحديـــين مقارنة بآباء الأطفال الطبيعيين قد تكون نتيجة، وليســـت ســـببا لاضطراب الأبنـــاء، فالتوحد اضطـــراب معقد ومحيّر، كما أن التحديات التي يفرضها على الوالدين لا يمكن التقليل من شأنها، وبالتالي فإن الاعتقاد أن يكون سلوك الآباء وبعض الخصائص الشـــخصية التي ذكرها كانر هي اســـتجابة لسلوك الطفل هو اعتقـــاد منطقي ومقبول. فإلى أي مدى يمكن لأم أن تظهر التعاطف وتعبر عن الحب والدفء وأن تحضن طفلها إذا علمت أنه سيرفض وبإصرار أي تقرب أو ســـلوك إيجابي نحوه بالصراخ أو العـــض أو الابتعاد هربا؟ فبعد مدة من انســـحاب الطفل ورفضه للآخرين مـــن الطبيعي أن تقلل الأم من محاولاتهـــا في إظهار التعاطف والحب له، بالإضافة إلى ذلك وحين يكون الطفل مبالغا وبشـــكل قهري في الترتيب والروتين والمحافظة على الأشياء بالترتيب نفســـه في البيئة من حوله، ويشغل نفسه في السلوك الشعائري،

(*) Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

فليس من المستغرب أن يتبع الوالدان ترتيبا ونظاما روتينيا محكما في بيئتهما وتعاملهما مع الطفل للتقليل من نوبات غضبه. وليس مستغربا كذلك أن يفتقر الآباء إلى الظرافة وحس الفكاهة في مواجهتهم لتربية طفل متوحد. باختصار، فإن العلاقة الارتباطية بين التوحد وسلوك الآباء لا تسمح لنا أو تمكننا من استنتاج أيهما السبب وأيهما النتيجة. هذا إن وجدت مثل تلك العلاقة السببية.

مشكلة ثالثة تعتري النظرية النفسية هي افتراض أن انحراف أو اضطراب التفاعل بين الطفل ووالديه هو سبب «انسحاب» التوحديين، والذي لم يُثبت أو يُلاحظ بصورة علمية ودقيقة. فلكي يكون سلوك وتفاعل الأبوين مضطربا ومرضيا لدرجة كبيرة تجعله سببا لاضطراب عميق كالتوحد، لابد أن يكون هذا السلوك واضحا وقابلا للملاحظة، غير أن مثل تلك الملاحظة لم تتحقق أو تسجل بعد. وهذا يعني أن أي ارتباط بين أسلوب الوالدين في تفاعلهم مع أطفالهم ومع ما يتبع ذلك من اضطراب هو نظرية مبنية على خطأ وتفتقر إلى الإسناد العلمي. بالإضافة إلى أن حكم المختصين واستدلالهم على سلوك الوالدين الشاذ أو الرافض للطفل استند إلى استجاباتهما (أي الوالدين) للتقارير الذاتية أو الاختبارات الإسقاطية (مثل اختبار رورشاك (*)، وهي أساليب لم نتحقق من صدقها وثباتها حتى الآن، ومازالت محل كثير من التساؤلات الجادة.

رابعا، من الواضح أن وصف كانر لآباء الأطفال التوحديين بأنهم أذكياء، منطقيون جدا وموضوعيون، ولا يهتمون بالأمور الثانوية، استند إلى ملاحظته الشخصية، حيث كان معظم آباء الأطفال في العينة الأصلية التي درسها أذكياء ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية العليا، منجزين في عملهم بصورة أكبر مما نتوقع أن نراه في عموم المجتمع. وعلى الرغم من كثرة الأبحاث في هذا الموضوع فإن الحقيقة تشير إلى عدم وجود تأييد

(*) اختبار رورشاك Rorschach Inkblot Test، من أشهر الاختبارات الإسقاطية، ابتكره عالم النفس السويسري هيرمان رورشاك العام 1921، وهو يتأسس على فرضية مفادها بأن الأشكال التي يراها المفحوص في بقعة حبر عشوائية، والأجوبة التلقائية التي يجيب بها عن أسئلة الفاحص تكشف عن سمات شخصيته، وذلك بعد تحليلها تحليلا نفسيا [المحررة].

قـــوي لوجهة النظر التي تقـــول إن آباء الأطفـــال التوحديين يختلفون عن آباء غير التوحديين فيما يتعلق بالذكاء، أو العرق، أو المســـتوى الاقتصادي والاجتماعـــي. إضافة إلى ذلك، وكما أشـــار البعـــض، فمن المحتمل وجود خطأ في جمع العينة الأولى التي درســـها كانر. والاحتمال الأكبر أن الآباء القادريـــن على اصطحـــاب أطفالهم للمعاينة من قبـــل الدكتور كانر، أكثر أطباء نفس الأطفال شـــهرة في ذلك الزمان، لا بد أن يكونوا أذكياء وعلى مســـتوى تعليمي عال، ولا بد أن يكونوا أثريـــاء حتى يتكفلوا بعلاج أبنائهم في جامعة جونز هوبكنز.

وأخيرا، إذا كانت طريقة التفاعـــل الميكانيكية والتي تفتقر إلى المرونة والعاطفـــة، ســـببا كافيا لحدوث التوحـــد، فلنا أن نتوقـــع ارتفاع معدلات الإصابة بالتوحد في بيئة المؤسسات والمعاهد العامة مثل مؤسسات الأيتام وملاجئ التبني، إذ تتســـم تربية الطفل بالروتين والتنظيم الشـــديد الذي لا يســـمح للطفل بإقامة علاقة قوية ومســـتقرة ودافئـــة مع القائمين على رعايته، ومع ذلك فإن الأطفال الذين يعيشـــون في تلك المؤسسات نادرا ما تظهر عليهم أعراض التوحد [7].

وهكـــذا أُخليت مســـؤولية الوالدين عن توحد أبنائهمـــا. غير أن تغيير وجهة النظر تلك تطلب وقتا طويلا ابتُلي خلاله آباء التوحديين بالإحساس بالذنب والألم سنوات عديدة، وقد كان ذلك أكثر الأمور المرتبطة بتشخيص التوحد وحشـــية. فلم يكن كافيا ما يعانيه هؤلاء الآباء نتيجة العبء الملقى على عاتقهم بتربية وتنشئة أطفال مصابين بتلك الإعاقة وما تمثله من تحد لقدراتهـــم، بل فرضت عليهم معاناة الإحســـاس بالذنب باعتبارهم العامل المسبب لتوحد أبنائهم.

لو كان هناك جانب إيجابي أو فائدة لنظرية «الآباء ســـببا للتوحد»، فإنها تتمثل في أنها أمدت الآباء بالطاقة والدافع لتنظيم جهودهم، ولأن يصبحـــوا قوة فاعلة فـــي تفنيد تلك النظرية. ومن تلك الجهود إنشـــاء الجمعيـــة الوطنيـــة للأطفال التوحديين، (وهي ما يســـمى الآن بجمعية التوحد الأمريكية) والتي أُنشـــئت بواسطة الدكتور برنارد ريملاند (وهو أب لطفل توحدي) في العام 1965، وقد تكونت هذه الجمعية من أولياء

أمور ومختصين التزموا وتعهدوا بإيصال المعلومات والمعرفة للأسر ودعم الدراســات التي تبحث أســباب التوحد وإيجاد العــلاج الفعّال له. لقد كان أعضــاء هذه الجمعية ومازالوا نشــطاء ومؤثرين لدرجة كبيرة، كما أصبحت جمعيتهــم فعالة ومؤثرة في مجال التوحــد، بالإضافة إلى ما قدموه من دعم مادي.

لــم يكتف آباء الأطفــال التوحديين بالمبادرة وبــذل الجهود الجبارة والشاملة لتغيير وجهة نظر المختصين، بل نظموا أنفسهم في مجموعات صغيــرة تدافع عن حقــوق الآباء. أذكر أن أما لطفــل توحدي، كنت قد عملت معها قبل عشــرين عاما مضت، قد اســتجابت لتشخيص طفلها بالتوحد بقراءة كل ما تقع عليه يدها من كتب ومنشورات تتعلق بالمرض، وكانت تــزور المكتبة العامة فــي المنطقة التي تســكنها وأُصيبت بالهلع عندما اكتشفت أن الكتب الوحيدة الموجودة في تلك المكتبة والتي تناولت التوحــد هي «القلعة الخاوية» و«الحــب لا يكفي» - والكتابان من تأليف برونو بتلهايم الذي يشرح بالتفصيل نظرية «مسؤولية الآباء». أرادت الأم أن تجنب بقية آباء التوحديين التعــرض لتلك المواد والمعلومات، فطلبت من القائمين على المكتبة إبعاد الكتابين، وعندما رفضوا ذلك اســتعارت الكتابــين وتخلصت منهما. وعندما عادت إلــى المكتبة بعد فترة وجدت أن القائمين على المكتبة وضعوا نســخا أخرى من الكتابين على الأرفف. وللمرة الثانية اســتعارت الكتب تخلصت منها. وفي المرة الثالثة رفضت المكتبة إعطاءها نسخا أخرى من الكتابين، فقامت بإرسال ولي أمر آخر لاســتعارة الكتب والتخلص منها، وأصبحت تستعين بأولياء أمور آخرين كلما احتاج الأمر. وستكون مفاجأة اليوم لو وجدت كتب بتلهايم في تلك المكتبة. كما كانت معارضة بتلهايم ومؤيديه واضحة خلال اللقاء الوطني الأول لأوليــاء أمور التوحديين في العام 1968، حيث انتقده كثيرون في كلماتهم متحدثين عن الألم الذي سببه للآخرين. ومع ذلك لم يخل اللقاء مــن حس الفكاهة، فقد ازدادت النكات المعادية لبتلهايم، كما أشــيع أن الآباء الذين حضروا ذلك الاجتمــاع الأول ارتدوا بطاقات تعريفية على شكل ثلاجات صغيرة.

نظرية التعلم

تختلف نظرية التغيرات النفسية عن نظرية التعلم في كثير من النواحي، فبينما ركزت نظرية التغيرات النفسية على العلاقة بين السلوك المضطرب للتوحديين والصراعات النفسية اللاشعورية المفترضة وغير الملاحظة، ركزت نظرية التعلم على العلاقة بين السلوك التوحدي وأحداث واضحة يمكن ملاحظتها. ومع ذلك، فإن نظرية التعلم قدمت مساهمة مؤلمة في البحث عن سبب للتوحد، فمرة أخرى وُرط الآباء بشكل مباشر كسبب لمشكلة أبنائهم. وعلى كل حال، فمن رحمة الله أن نظرية التعلم في الأربعينيات من القرن الماضي (وهي الفترة التي شُخص فيها التوحد) لم تكن مؤثرة جدا كما هي حال نظرية التحليل النفسي، وبالتالي فإن وجهة نظرها في تفسير التوحد كانت محدودة الأثر حتى الستينيات. ومع ذلك لا نستطيع أن ننكر أنها استحقت كثيرا من النقاش والاهتمام، ليس فقط لأنها قدمت وجهة نظر أخرى تُحمل الوالدين مسؤولية إصابة أبنائهم بالتوحد، بل لمشاركتها الإيجابية في نشأة ووضع أسلوب علاجي له.

تشارلز فيرستر، كان منظرا بارزا في مجال التعلم، وقد قدم أعمالا مهمة في ميدان تعلم الحيوانات، وذلك بداية من خمسينيات وستينيات القرن الماضي. وكما هي الحال لدى مؤيدي أي نظرية حاول هذا العالم، من خلال تطبيقات كثيرة، أن يثبت كيف أن مبادئ التعلم التي طبقها على الحيوانات في المختبر يمكن أن تطبق على الإنسان وتساعد في فهم سلوكه. وبما أن التوحد يمثل تطرفا في السلوك الإنساني أو صورة شاذة من ذلك السلوك، فمن المحتمل أنه كان مجالا جاذبا للباحثين الراغبين في التعرف على الكيفية التي يمكن فيها لظروف بيئية معينة أن تؤدي إلى خلق السلوك التوحدي.

وصف فيرستر كيف تشكل البيئة الاجتماعية المبكرة للطفل السمات الأساسية للتوحد [8]. لقد حاول أن يفسر إعاقة سلوكية محددة والإفراط في التوحد في ضوء بيئة التعلم خلال السنوات الأولى من العمر، وأشار إلى أنه ليس السلوك في حد ذاته الذي يشكل التوحد، ولكن التكرار الذي يحدث فيه ذلك السلوك. فكل الأطفال مثلا تنتابهم نوبات غضب أو

يقضون وقتا ينظرون فيه إلى الفضاء، أو يقفون بشكل ثابت، وغير ذلك من أنماط السلوك. ولكن الفرق بين الأطفال بصفة عامة والأطفال التوحديين، هو أن الأطفال التوحديين يقضون وقتا أطول في أنماط سلوكية غير هادفة ولا تؤدي لهم وظيفة معينة (مثل سلوك الاستثارة الذاتية)، ووقتا أقل في التواصل مع الغير بصورة مناسبة. ويقول فيرستر إن هذا السلوك المضطرب هو نتيجة لبيئة تعليمية ذات مواصفات محددة مثل تدعيمها سلوكا ما، مما يؤدي إلى تعلمه وتكراره، وعدم تدعيمها سلوكا آخر ما يؤدي إلى انطفائه.

ولنضرب مثلا على ذلك، دعنا نتمعن في أسلوبين من السلوك اللفظي، أسلوب يفيد المتحدث وهو سلوك المطالبة، مثل «أريد بسكويتا» أو «أريد حلوى» أو «اذهب باي باي»، وهي ألفاظ تشير إلى الطلب وتعود فائدتها إلى المتحدث، وأسلوب آخر خبري، يعبر فيه المتحدث عن فكرة، أو يعطي معلومة للمستمع الذي يستفيد منها بشكل مبدئي، حيث تتضمن وصفا للبيئة بشكل عام، ومن أمثلة ذلك «هناك طائرة» أو «هذه سيارة حمراء». والأطفال التوحديون لا يستخدمون الأسلوب الخبري كثيرا، وفي حالة استخدامهم للمخاطبة فإن لغتهم تميل إلى أسلوب المطالبة. ولقد فسر فيرستر استخدام التوحديين للغة المطالبة بأنها تتطلب استجابة من المستمع (عادة ما يكون الوالدان هما اللذين يلبيان مطالب الطفل)، بينما لا تحتاج الجمل الخبرية إلى أي استجابة من المستمعين. ولقد أشار فيرستر إلى احتمال تزايد هذا السلوك لدى الطفل حتى يصبح مكروها، وإذا لم يتجاوب الوالدان مع مطالبات الطفل المعتدلة فإنه يرجع إلى السلوك العنيف في المطالبة مثل الصراخ، والرفس بالأرجل، وضرب الرأس في الجدار، وهي أنماط سلوكية مكروهة من الوالدين تدفعهم إلى تلبية رغبة الطفل من أجل وقف سلوكه العنيف. وباختصار فإن الآباء في هذه الحالة دعموا سلوك المطالبة والإلحاح والأنماط السلوكية العنيفة، ومن هنا ارتبطت لدى الطفل بتحقيقها للهدف الذي يسعى إليه وحصوله على ما يريد. بينما الجمل الخبرية والتي لا تحقق هدفا للطفل لا تدعم ومن ثم تضعف تدريجيا كأحد أنماط استجابة الأطفال.

ويرى فيرستر أن قيام الطفل التوحدي بسلوك معين مرتبط بحجم وتكرار التدعيم الذي يحصل عليه ذلك السلوك. فإذا حصل الطفل على الاهتمام والتدعيم نتيجة قيامه بفعل ما، وإذا حقق له هذا الفعل هدفا يسعى إليه، فسوف يتعلمه ويكرره. أما الأفعال التي لا تدعم (أي السلوك الذي يعاقب أو يهمل) فإنه يضعف وينضب. وهكذا، فإن علينا لكي نفهم سلوك الأطفال التوحديين أن نضع في اعتبارنا البيئة التعليمية التي يتشكل فيها ذلك السلوك. وبما أن الأبوين هما الوسطاء الرئيسيون لنقل ثقافة المجتمع للطفل في سنوات عمره الأولى فمن المنطقي أن نقدر الدور الذي تؤديه استجابة الآباء في التأثير في تدعيم أو عدم تدعيم السلوك الناشئ لأبنائهم، والتي قد تؤدي إلى تعلم وتكرار ذلك السلوك أو إضعافه وإطفائه.

لقد بحث فيرستر في العوامل الموجودة لدى الوالدين والتي قد تؤثر في أسلوب وعدد مرات تدعيمهم لسلوك أطفالهم. وافترض أن آباء الأطفال التوحديين معرضون للاكتئاب أو منشغلون بأحداث الحياة أو أمور أخرى جعلتهم لا يعطون الأولوية لتدعيم أبنائهم. وهذا بدوره يقلل من احتمال تدعيم الوالدين للجوانب الإيجابية والمناسبة والصحيحة من سلوك أبنائهم، في الوقت الذي تزداد فيه احتمالات انتباه الآباء لسلوك أبنائهم المضطرب أو المؤذي مثل نوبات الغضب والثورات، وهي سلوكيات مزعجة جدا لدرجة لا يمكن إهمالها. ومن الملاحظ أن الآباء ينتبهون لأبنائهم عندما يبالغ الطفل في السلوك السيئ المضطرب، وهذا بدوره يؤدي إلى تشكيل منظم لسلوك الطفل، حيث يوجه الانتباه إلى السلوك الأكثر اضطرابا من دون غيره. أما سلوك الاستثارة الذاتية والذي لا يملك الأبوان عليه أي تاثير، فإنهما يتجاهلانه ويتركانه من دون مقاطعة.

واستنادا إلى وجهة نظر فيرستر، فإن استمرار التدعيم الخطأ للطفل يؤدي إلى نشأة وتطور وتعلم مجموعة من الأنماط السلوكية التي يشار إليها بالسلوكيات التوحدية. وعندما لا تُدعم محاولات الطفل الإيجابية مثل التفاعل الاجتماعي واستخدام لغة سليمة فإنها تنطفئ وتضعف.

أما بالنسبة إلى الاستثارة الذاتية فهي تجلب للطفل تدعيما آنيا (نتائج حسية للطفل)، فيقوى ويثبت هذا السلوك خصوصا في ظل غياب التدخل لخفضه والتقليل منه.

لقد حاول فيرستر أيضا استخدام نظرية التعليم لتفسير نشأة وتطور أنماط سلوكية توحدية أخرى، ومنها فشل الآخرين في أن يفرضوا وجودهم أو أهميتهم على التوحديين، وهي إحدى السمات المميزة للتوحد. يوصف الأطفال التوحديون عادة بأنهم غير اجتماعيين، لا يتعاطفون مع الآخرين، «متوحدون» مع أنفسهم، يعجزون عن إقامة ارتباط مع آبائهم أو الآخرين من حولهم. وبناء على نظرية التعلم، نستطيع القول إن الأفراد التوحديين لم يكتسبوا خصائص المدعمات الشرطية، بمعنى أن التعاطف والتشجيع وغيرها من المدعمات الاجتماعية المترتبة على السلوك غير قادرة على تقوية السلوك لديهم أو التأثير فيه، ففي الوقت الذي تؤثر فيه بعض التعابير مثل «عمل جيد»، أو «طفلة ممتازة» أو «أحبك» على سلوك الأطفال العاديين وتؤدي إلى تقويته وتكراره، لا يكون لتلك التعابير أي تأثير أو معنى بالنسبة إلى الأطفال التوحديين. ولقد فسر فيرستر ذلك بأنه يمكن للأفراد أن يصبحوا مدعمات شرطية للطفل إذا قدموا له المدعمات الطبيعية والمساندة في مواقف عديدة ومختلفة، وبما أن والدي التوحديين لا يقدمان أو يوفران تدعيما دائما لأبنائهما، فإن الآباء يفشلون في أن يصبحوا هم أنفسهم مدعمين للطفل.

وبالتالي فإن ما نلاحظه من عجز شديد في سلوك التوحديين الاجتماعي وتفاعلهم مع الغير يرجع إلى خطأ في عملية الارتباط والتعلم الذي تعرضوا له. وبما أن الوالدين هم أول من يقدم التدعيم للطفل فإنه يمكننا أن نستنتج أن هذه النظرية تحمل الآباء مسؤولية اضطراب أبنائهم.

وكما هي الحال لنظرية التحليل النفسي، فإن نظرية التعلم لم تستطع الصمود في وجه النقد والتقييم العلمي الدقيقين، حيث واجهتها مشاكل عدة. فالمشكلة الرئيسية التي واجهتها نظرية التعلم هي ذاتها مشكلة

التحليل النفسي، وبالتحديد اعتبار أسلوب التفاعل بين الطفل ووالديه سببا مهما في حدوث هذا الاضطراب، وهو افتراض لم يُلاحظ بصورة علمية وعملية واقعية ودقيقة. ففي الوقت الذي قدم فيه فيرستر رؤية مثيرة للاهتمام بشأن الكيفية التي يشكل فيها سلوك الأبناء بعض الأنماط السلوكية التي نراها لدى الأطفال التوحديين، لم يسجل أو يلاحظ أحد أن الآباء يتصرفون فعلا بتلك الطريقة. المشكلة الأخرى، أن ما ذكره فيرستر بارتفاع مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء الآباء مقارنة بغيرهم، وأنهم أكثر انشغالا لم يجد أي تأييد من الناحية العلمية، فنتائج الأبحاث لم تبين أن آباء الأطفال التوحديين أكثر اكتئابا أو انشغالا من آباء الأطفال غير التوحديين أو الأطفال المصابين بإعاقات أخرى. وإذا كان البعض منهم مكتئبا فعلا فمن المحتمل أن يكون ذلك نتيجة لإصابة طفلهم بالتوحد وليس سببا. أما المشكلة الثالثة في نظرية فيرستر فهي أنها لم تقدم تفسيرا لبعض المشاكل الشديدة التي نراها لدى التوحديين مثل الإعاقة العقلية الشديدة والملاحظة لدى بعض التوحديين.

لقد قدم فيرستر نظريته في بداية الستينيات من القرن الماضي، حيث لم تكن نظرية التعلم منتشرة وشائعة. والحقيقة أن المطلعين على أفكاره الأولية لنظرية التعلم كانوا من الباحثين والدارسين وليسوا آباء لأطفال توحديين، أو اختصاصيين إكلينيكيين. وقد قلل هذا من تأثير أفكار فيرستر التي لم يكتب لها الانتشار، كما لم يكن لها تأثير سلبي قوي في الآباء، مثلما كان لنظرية التحليل النفسي. غير أن تركيز فيرستر على نظرية التعلم مهد الطريق لوضع وتنفيذ اسلوب علاجي شديد الفعالية فيما بعد. وفي الحقيقة، فقد قدم فيرستر وزميلته ميريان دوماير Marian DeMyer الدراسات الأولى التي أوضحت أنه يمكن للتوحديين تعلم أنماط سلوكية جديدة إذا دُربوا بصورة مكثفة بالطريقة الإجرائية [9]. وكما سنرى لاحقا في الكتاب، فقد قدمت تلك الدراسات الأساس الأولي لأكثر أساليب علاج الأطفال التوحديين شيوعا في وقتنا الحالي. ومع ذلك من

المهـــم جدا أن نضع في اعتبارنا أن فعاليـــة العلاج المبني على نظرية التعلـــم، لا تعني أن التعلم المبكر الـــذي يحصل عليه الطفل من البيئة هو السبب في التوحد، والدليل على ذلك حالة متلازمي الداون. فقد تبين أن التدخل والعلاج الســـلوكي المناسب يساعد الأطفال المصابين بتلك المتلازمة، إلى حد كبير، على الرغم من أن الســـبب الوراثي لهذا الاضطراب لا يمكن التشكيك فيه.

وجهات النظر المعارضة لاعتبار البيئة الاجتماعية سببا للتوحد

فضلا عن افتقارها إلى الدقة العلمية وعدم قدرتها على مواجهة التقييم العلمي، فقد واجهت النظريات المبكرة التي تدور حول أسباب التوحـــد كثيرا من معارضـــة الآباء والمتخصصين الذيـــن قدموا كما هائلا مـــن الإثباتات التي تكفي ليس لرفض الفرض القائل إن الآباء هم الســـبب وراء توحد أبنائهم فقط، بل ولإثبات الأساس البيولوجي لذلـــك الاضطراب. ومـــن الملاحظات التي جاءوا بهـــا لإثبات وجهة نظرهم ما يلي:

1 - لـــم يثبت عن طريـــق الملاحظة العلمية المقننـــة أن آباء التوحديين يتميزون بنمط شخصية أو سلوك خاص بهم دون غيرهم.

2 - الآبـــاء والأمهـــات الذيـــن تنطبـــق عليهـــم مواصفـــات «الثلاجة» (Refrigerator) لديهم عادة أطفال طبيعيون غير توحديين.

3 - معظم الآباء الذين لديهم أطفال توحديون لا تنطبق عليهم مواصفات اضطرابات الشخصية التي ذُكر أنهم يعانون منها.

4 - معظم أشقاء الأطفال التوحديين طبيعيون.

5 - يلاحـــظ أن معظـــم الأطفال التوحديين يختلفـــون عن غيرهم من الأطفال منذ الولادة، ما يعني أن الوقت يكون مبكرا جدا لأن تحدث اضطرابات الآباء أثرا فيهم.

6 - يشترك التوحد مع بعض حالات التلف المخي في بعض الأعراض.

7 - ما سُـــجل من أن نســـبة الذكور المصابين بالتوحد إلى الإناث، وهي 3 إلـــى 1 أو 4 إلى 1 أو حتى 5 إلـــى 1 أحيانا والموجود في أدبيات

التوحـــد، يتفق مع مـــا نلاحظه في بعض الاضطرابـــات العضوية الأخـــرى، والذي يعكس زيـــادة قابلية الذكـــور للإصابة بالحالات العقلية ذات الأصل العضوي.

8 - التشـــابه والتطابق في حدوث التوحد بـــين التوائم المتطابقة أكبر بكثير من التطابق والتشابه بين التوائم غير المتطابقة.

بســـبب هذه البراهين والإثباتات، ونتيجة لزيادة القدرة على الدراســـة العلميـــة والمقننـــة للتعرف علـــى، ودراســـة الجوانب الوراثيـــة والعصبية والبيولوجية للسلوك الإنساني، تحول البحث في أسباب التوحد من دراسة سلوك الآباء إلى الأسباب العضوية لهذا الاضطراب.

التوحد بوصفه اضطرابا ذا أساس بيولوجي

يؤمـــن بعض الخبراء في أيامنا هذه بأن «التوحد» عبارة عن أنواع عدة مـــن الاضطرابات (أي أنها أكثر من نوع) تنطـــوي تحت فئة واحدة، ولكل نوع ســـببه (أو أســـبابه)، ومراحله الخاصة به، والطريقة التي يتطور بها. وبما أن تشخيص التوحد والتعرف عليه يتحققان بملاحظة بعض الأنماط الســـلوكية الظاهرة للفرد، فمن المحتمل أن مـــن يعانون أنواعا متعددة من التوحـــد تظهر عليهم أعراض متشـــابهة، وهذا بدوره أدى إلى اســـتخدام تشـــخيص أو اســـم واحد لهم جميعا. (وليس من قبيل المصادفة أن يفسر هذا ما نلاحظه من اختلافات مرتبطة بمعايير تشخيص التوحد).

ومع ذلك، فإن البعض الآخر من الخبراء يعتقدون أن اضطرابات التوحد ونقص الانتباه، بالإضافة إلى اضطراب أسبرغر، تظهر في سلسلة متصلة ولا تختص بأســـباب مميزة بالضرورة. ومع اختلاف وجهتي النظر هاتين، فإنهما تتفقان على شـــيء واحد هو أن كل تلك الاضطرابات ذات أســـاس بيولوجي عضوي، وأنه لا يمكن أن يكون الآباء سببا لتوحد أبنائهم.

الوراثة سببا للتوحد

كان كانر أول من أشـــار إلى العوامل البيولوجية بوصفها سببا للتوحد، وذلك في أول وصف قدمه لذلك الاضطراب. وعلى الرغم من أنه أشـــار

بصراحة إلى أن الآباء يؤدون دورا مهما في حدوث التوحد، فإنه افترض أن التوحد قد يرجع إلى إعاقات فسيولوجية و«فطرية». ومع ذلك فقد مرت سنون طوال قبل وضع العوامل الوراثية سببا للتوحد في الاعتبار. ويرجع هذا التأخر إلى سببين، أولهما بلا شك شدة انتشار وتأثير النظرية التحليلية في ذلك الوقت، والتي ركزت على فرضية مسؤولية الآباء عن توحد أبنائهم. أما السبب الآخر فهو الافتقار إلى الأساليب التكنولوجية والعلمية التي تمكننا من البحث في دور العوامل الوراثية بشكل شامل ودقيق. فضلا عن أن علماء الوراثة الأوائل أهملوا دور الوراثة في التوحد، نظرا إلى أن آباء المصابين بالتوحد نادرا ما كانوا توحديين (أي لا يوجد دليل على انتقال مباشر من الآباء إلى الأبناء). وبالطبع هذا ليس أمرا مفاجئا، فعدد قليل جدا من التوحديين يقيمون علاقات حب، ويتزوجون ويكون لهم أبناء، وعلى كلٍّ فإن النظريات الحديثة، وكذلك التقدم التكنولوجي قدمت أدلة كثيرة وواضحة على الدور الذي تؤديه العوامل الجينية كسبب لحالات توحدية كثيرة. والحقيقة أن السير مايكل رتر أكد أن التوحد هو غالبا «أقوى الاضطرابات العقلية التي لا تخضع لقانون مندل من حيث الوراثة» [10].

وقد وجد الفرض الجيني تأييدا قويا بواسطة عديد من الدلائل مثل: أولا، حقيقة أن احتمال إصابة أشقاء الأطفال التوحديين بالتوحد تبلغ من 2 إلى 7%، وهي نسبة تساوي ما بين 50 و100 ضعف احتمالات إصابة أي فرد في المجتمع الكلي.

ثانيا، إن معدلات أو نسبة التشابه في الإصابة بين التوائم المتطابقة تصل إلى ما بين 60 و90 في المائة، بينما نسبة التشابه في الإصابة بين التوائم غير المتطابقة تتراوح بين 5 و10 في المائة. (هذه الاختلافات التي سجلت في معدلات الإصابة والتطابق ترجع من دون شك إلى استخدام الدراسات لمجموعات مختلفة ممن اعتبرتهم بعض الدراسات توحديين، بينما لم تعتبرهم دراسات أخرى كذلك. فبعض الدراسات كانت متحفظة جدا وضمت الأطفال الذين تظهر عليهم الأعراض الكلاسيكية (التقليدية) للتوحد فقط، بينما شملت دراسات أخرى

حالات «أســبرغر» وغيرها من الاضطرابات النمائية). وبما أن التوائم المتطابقة تشــترك في العوامل الجينية، وهو مــا لا ينطبق على التوائم غير المتطابقة، فإن الفرق في نســب التطابق والتشابه في الإصابة بين نوعي التوائم يدعم ويؤيد العوامل الجينية كسبب للتوحد. غير أن هناك أمرا مهما تجدر الإشارة إليه، وهو أن نسبة حالات الإصابة بين التوائم المتطابقــة لم تصل إلى 100%، ومعنى هذا أننا لا نســتطيع إنكار دور العوامل والمحددات البيئية للاضطراب.

ثالثــا، إن نظرة فاحصة لنتائج الدراســات التي أُجريــت على التوائم المتطابقة تدل على أن ما يورث هو مجموعة واسعة من مظاهر الاضطراب. فإذا كانت نســبة التشــابه في معدلات الإصابة بين التوائم المتطابقة أقل من 100%، فإن النسبة المتبقية من غير التوحديين يصابون باضطرابات أخرى غير التوحــد، مثل الاضطرابات المتكررة في العلاقات الاجتماعية، واضطرابــات التواصــل، والصعوبات المعرفية، بالإضافــة إلى اضطراب القلق. ويعتقد كثير من الباحثين أن صورة أوسع من اضطراب التوحد هي ما يورث، ويكون التوحد التقليدي أكثرها حدة، لكن الأمر غير الواضح بعد، هــو العوامل المحددة لظهور الاضطراب. وهكذا، يفترض بعض المختصين أن القابليــة للإصابة بالتوحد أمر مــوروث، أما العوامل الأخرى العضوية أو البيئية (مثل التســمم البيئي)، فهي عوامل مســاعدة تعمل على تحديد صورة أو نوع التوحد.

لقد جاء تأييد فكرة وراثة الفرد للخصائص العامة والمتعددة للاضطراب من أن أقارب المرضى من الدرجة الأولى (كالآباء والأبناء والأشــقاء) أكثر عرضــة للإصابة ببعض الصعوبــات أو الاضطرابات التي ذُكرت ســابقا (التعبيرات الواضحة عن مظاهر الاضطراب).

إن الفكرة التي تصور التوحد على أنه «فئة واســعة تضم أنواعا عدة» أو «أقل تنوعا» هي فكرة مهمة لأســباب عديدة. والدور الرئيســي لوجهة النظر هذه أنها ســاعدت على فهم الصــورة المعقدة للتوحد والاختلافات الكبيرة بين أنواع وفروع هذا الاضطراب. تشير الأبحاث التي دارت حول الخصائص والســمات الوراثية للمصابين بالتوحــد إلى أن هؤلاء يعانون

صعوبـــات في التواصل والحياة الاجتماعية، بالإضافة إلى أنماط محددة من الاهتمامات. وهم بهذا يشـــتركون مع المصابـــين «بالتوحد التقليدي» بأعراض وســـمات عديدة. ولكن أعراضهم أقل شـــدة بدرجة كبيرة وغير مصحوبة بالتخلف العقلي. ويتســـاءل الفرد عمـــا إذا كان هذا ما رآه ليو كانـــر في الأربعينيات عندما وصف الســـمات الشـــخصية لآباء الأطفال التوحديين الذين كان يعمل معهم. ويمكننا القول إن الســـمات الشخصية التي ذكرها (مثل الانطواء، الاندفاع، والانســـحاب العاطفي والاجتماعي) عبارة عن مجموعة واسعة من مظاهر الاضطراب الأكثر شمولا، وليست سببا لتوحد الأبناء.

مشـــاركة مهمة أخرى لهذا الاكتشـــاف هي دعمـــه للنظرية التي تعتبر «التوحد» بصورته التقليدية محصلة نهائية لعامل الاستعداد الوراثي وعوامل أخرى لم يتم تحديدها بعد، لتجعل الإنسان أكثر عرضة للإصابة بالتوحد. وبالطبع مازال هناك الكثير لفعله: فمن الضروري تفكيك العوامل الوراثية، ومن ثم تحديد العوامل الأخرى التي تعزز وتنشـــط الشحنة الجينية. وهذه في الواقع مهمة كبيرة وصعبة ولا يتوقع تحقيقها في وقت قريب. بلا شك، نحن نحتاج إلى سنوات عدة من الأبحاث المركزة والمكثفة لتحقيق ذلك.

ومـــن الواضـــح أن دور العامل الجيني في التوحـــد لا يمكن إنكاره في الوقت الحالي. ومع ذلك مازال أمامنا كثير لتحديد الجين المسبب والكيفية التـــي يؤثر فيها ذلك الجين. وعلى الرغم من احتمال وجود جين واحد هو المســـؤول عن انتقال بعـــض حالات التوحد وراثيا، فإن هـــذه الفكرة تفقد مؤيديهـــا حاليا. أما الاعتقاد الأكثر انتشـــارا والذي يجد كثيرا من التأييد فهـــو أن أغلبية الحالات ترجع إلـــى تفاعل معقد بين مجموعة مختلفة من الجينـــات. ومازال هناك أمر يحتاج إلى التحديـــد، وهو كيف يترجم ذلك الاســـتعداد الجيني الوراثي إلى أعراض توحديـــة، أي الكيفية التي تحدد فيها العوامل الجينية الصورة التي تظهر عليها الأعراض.

إن نتائـــج الأبحاث في ميدان الجينات ســـتكون مهمة بلا شـــك، وذلك لأســـباب عدة. لقد بين رتر أن لتلك الأبحـــاث أهمية تطبيقية في المجالين الإكلينيكي والوقائي [11]. والتي يلخصها ما يلي: (1) أثرت الأبحاث الجينية

الوراثيـــة فــي المفاهيـــم الأساســـية المتعلقة بطبيعة التوحد، (2) أظهرت نتائج الأبحاث الوراثية الحاجة إلى الإرشـــاد الوراثي للعائلات، (3) هناك احتمال أن يساهم جين واحد في تفسير أكثر لما يسمى «الخريطة الوراثية»، أي مجموعة واسعة من الأعراض والسمات، (4) قد تؤدي نتائج الدراسات الجينيـــة إلى التعرف على العمليات العصبية وراء نشـــأة وتطور اضطراب التوحـــد، (5) قد تقود نتائج الدراســـات الوراثية إلى التعرف على العوامل الوقائيـــة بما في ذلك فهـــم العوامل التي تؤدي إلـــى التحول في الخريطة الجينية الأوسع إلى صورة اضطرابات التوحد الأكثر تحديدا، (6) قد تقود نتائـــج الدراســـات الجينية إلى التعرف على علاج دوائـــي للتوحد، (7) قد تساعد نتائج الدراسات الجينية في التعرف على العوامل البيئية التي تجعل الإنسان أكثر عرضة للإصابة بالتوحد.

على كل، من المهم جدا أن ندرك أنه في الوقت الذي تقدم فيه الأبحاث الجينية فوائد عدة في مجال فهم أســـباب التوحد،فإنها لن تؤثر في علاج الأفـــراد المصابين فعـــلا. فتطبيق نتائج الأبحاث الجينيـــة على العلاج لن يتحقق إلا بعد ســـنوات من الآن. وعلى الرغم من أن بعض علماء الوراثة، ممن أســـماهم رتر «المبشـــرين بالعوامل الوراثية»، والمؤمنين بها، يؤكد أن طرق ووســـائل العلاج والوقاية ســـتتبع نتائج تلك الأبحاث بشـــكل تلقائي وسريع، لكن الواقع غير ذلك.

المؤشرات العصبية/ البيولوجية لأسباب التوحد

تعتبر الدراسات العصبية البيولوجية مفيدة في فهم أسباب التوحد، كما أنها تؤيد الفرض العضوي له. فقد جاءت هذه الدراسات بأدلة بينة على وجود شـــذوذ (اضطرابات) بيولوجي عصبي، واضطـــراب كيميائي لدى المصابين بالتوحد، وبدأنا نلاحظ وجود روابط بيولوجية وســـلوكية بين سمات عصبية محـــددة وبين بعض الخصائص الســـلوكية المميزة للتوحـــد. وكما هي الحال في المؤشـــرات أو العناصر الجينية للتوحد، فإن مجال الدراســـات العصبية (النيورولوجية) وعلاقتها باضطراب التوحد، تعتبر من أسرع المجالات تقدما وتطورا وأكثرها إثارة للجدل أحيانا والرفض أحيانا أخرى.

لقد كانت نتائج الدراسات المتعلقة بالشذوذ أو الاضطراب العصبي/البيولوجي في التوحد متناقضة لدرجة الإحباط، فعلى الرغم من أن النتائج الأولية لتلك الدراسات بعثت الآمال بأن السمات الخاصة والمميزة للتوحد تم تحديدها وعزلها أخيرا، غير أن الأبحاث اللاحقة في المجال نفسه والتي أجراها باحثون آخرون فشلت في الحصول على نتائج مطابقة للنتائج السابقة. ولسوء الحظ، فقد قادتنا رغبة الآباء والمختصين في التعرف على تلك السمات وتحديدها، وكذلك القبول الذي كانت تلقاه بشكل عام، إلى التفاؤل والأمل بسرعة وسهولة بأمر لم يثبت أو يتحقق في نهاية الأمر.

سيركز الآن على الدراسة التي أجراها كل من شين وفريدمان (Schain and Freedman) في العام 1961، وهما كانا أول من كتب عن ارتفاع مستوى أحد النواقل العصبية وهو السيروتون (Serotonin) في بول وعينات الدم لكل الأطفال التوحديين الذين شكلوا عينة البحث، (وهو ما أطلق عليه هايبرسيروتونيميا Hyperserotonemia) [12]. ولقد تأكدت تلك النتيجة بواسطة عدة أبحاث لاحقة. ففي العام 1982 سجل الباحثون في جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس (UCLA) ارتفاعا في معدلات السيروتونين (هايبرسيروتونيميا) لدى عينة من الأطفال. وعالج هؤلاء الباحثون ثلاثة من الأطفال بإعطائهم عقاقير مثبطة للسيروتونين تسمى فنفلورامين (Fenfluramine)، وذكروا في تقاريرهم أن الأطفال الذين أعطوا العقار أظهروا تحسنا في قدراتهم العقلية واللغوية وتراجعت لديهم بعض الأعراض التوحدية كالانسحاب الاجتماعي [13]. على الرغم من التحذير الذي أطلقه أولئك الباحثون من أن تلك النتائج بدائية، وتحتاج إلى الكثير من البحث والدراسة للتأكد منها، فإن وسائل الإعلام تناولت القصة ونشرتها على أنها علاج واعد للتوحد. وكما هو المتوقع، فإن هذه القصة أو الأخبار المتفائلة أدت إلى استخدام كثير من الأطفال التوحديين عقار فينفلورامين. وعلى العكس من النتائج الواعدة للأبحاث السابقة لم يؤد استخدام العقار إلى تحسن أعراض التوحد، بل كانت له أعراض جانبية شديدة على بعض الحالات. لقد استجاب الأطفال التوحديون

للعقار المذكور بصـــورة مختلفة ومتفاوتة. ومع الافتقار إلى أدلة قوية على أنه يمكن أن نتوقع تحســـنا كبيرا من عقـــار الفينفلورامين، بالإضافة إلى الأعراض الجانبية الخطيرة التي يمكن أن يؤدي إليها، أصبح اســـتخدامه لعـــلاج الأعـــراض التوحدية أمرا نادرا، مما ســـبب الإحباط لهؤلاء الذين علقوا آمالا كبيرة على ذلك العقار.

في بداية الأبحاث بشـــأن علاقـــة العوامل العصبيـــة/ البيولوجية بالتوحد، كانت مناهج وأدوات البحث غير ناضجة أو بدائية، وهكذا لم تؤد دائما إلى دراســـات دقيقة تتسم بالضبط التجريبي. فقد اعتمدت الأبحاث العصبية التشريحية على فحص ودراسة أدمغة لأفراد توحديين بعد وفاتهم. ولهذا النوع من الدراسات مشكلاته أيضا مثل: عدم توافر عـــدد كاف مـــن الأدمغة لإجراء الأبحـــاث، وعدم توافـــر معلومات عن الخصائص الســـلوكية للأفراد المتوفين (مثـــل معلومات عن نوع التوحد الذي عانوا منه، وما إذا كان لديهم تخلف عقلي). ومن المشكلات الأخرى حالة الدماغ عند البحث، والطريقة التي حفظت تلك الأدمغة بها، وغير ذلك. وهي معلومات ضرورية لاتخاذ قرار بشـــأن استخدام الأدمغة في البحث من عدمه.

إن التقدم في قدرتنا على دراســـة تركيب وبنـــاء الأدمغة وهي حية باستخدام جهاز الرنين المغناطيسي (MRI)، بالإضافة إلى القدرة على فحص الدماغ في حالة نشـــاط باســـتخدام جهاز الرنين المغناطيســـي الوظيفـــي (FMRI) وتحليلنـــا الـــذي يـــزداد دقـــة وتطـــورا للعمليات البيولوجيـــة الكيميائية داخل الدماغ، كل ذلك أدى إلى تقدم في ميدان التوحد ودراســـة أســـبابه. إن التطور الســـريع في هذا المجال أدى إلى ظهور وتســـجيل معلومات جديدة يوميا. مـــن المهم جدا أن يعمل علماء الوراثة والأعصاب والعلوم الفسيولوجية معا وبدقة تتناسب مع الجوانب المعقدة والمتشابكة للتوحد.

فإلى أي مدى ســـاعد التطور التكنولوجي على اكتشـــاف معلومات عن تشـــريح الجهاز العصبي للتوحديين؟ بالتأكيد ليس الكثير وليس بالدرجة التـــي نرجوها، لكنه أمدنا بعدد من نتائج البحوث الواعدة والقابلة للتأكيد

والتكرار في معظم الحالات. وعلى الرغم من حاجة تلك النتائج إلى المزيد مـــن البحث والتدقيق، فـــإن كثيرا منها وجد قدرا لا بأس به من التأييد أو المساندة العملية.

لقد أثبتت معظم الدراســـات التشـــريحية والدراسات التي استخدمت جهاز الرنين المغناطيســـي في أكثر من مرة أن المخيخ في أدمغة التوحديين يبدو شاذا وغير طبيعي، أي أن المخيخ هو الجزء المصاب أو غير الطبيعي فـــي حالـــة التوحد [14]. والمخيخ هـــو أكثر المواقع التي يوثق بها الشـــذوذ التشـــريحي العصبي في حـــالات التوحد حتى يومنا هذا. وتشـــير نتائج التشريح والتصوير بالرنين المغناطيسي تحديدا إلى فقدان خلايا بيركنجي، و/أو أمراض الخلايا في الوريد المخيخي والقشـــرة المخية، بالإضافة إلى مواقع أخرى.

اتفقـــت بعض الأدلة المثيـــرة للاهتمام على وجود نمـــو غير طبيعي في أدمغـــة التوحديين، فمثلا أثبتت إحدى الدراســـات التي قارنت محيط رأس التوحديـــين عند ولادتهـــم أن حجم دماغ 75% منهم أقـــل من حجم أدمغة الأطفال العاديين [15]. تبعت ذلك زيادة كبيرة وغير طبيعية في محيط رأس التوحديين بعد الولادة، ولهذا فإن محيط الرأس لهؤلاء الأطفال عند عمر 6 – 14 شهرا كان أكبر من محيط رأس الأطفال العاديين أو الأطفال المصابين بإعاقـــات أخرى غير محددة النوع. ولقد تبين بالتحديد أنه عند قياس وزن الدماغ لهؤلاء الأطفال في ســـن الثانية إلـــى الثالثة، وجد أنها أكبر من وزن أدمغة غيرهم ممن هم في نفس أعمارهم. يختفي هذا الفرق عندما يصبح هؤلاء الأطفال أكبر ســـنا [16]. لقد قادت هذه النتيجة البعض إلى الاعتقاد أن النمو غير المنتظم لأدمغة التوحديين يؤدي إلى نمو غير طبيعي للأنسجة العصبية، وبالتالي فإن هذه المنطقة لم تتطور بصورة طبيعية، ولن تتمايز إلى مناطق مختلفة لها وظائف خاصة بها. وهذا يفسر لنا ما نلاحظه من إعاقة عقلية وأنماط سلوكية شاذة وغير طبيعية لدى التوحديين.

في الحقيقة، توصل العلماء إلى نتيجتين علميتين مرتبطتين بما لوحظ وسُجل من زيادة في حجم ومحيط الرأس لدى التوحديين مقارنة بغيرهم. إحـــدى هاتين النتيجتـــين، أن هناك زيادة غير طبيعيـــة وملحوظة في نمو

النسيج العصبي (White Matter) لدى صغار الأطفال المصابين بالتوحد، خصوصــا في الفــص الأمامي للدماغ. تلك الزيادة فــي النمو في البداية يتبعها فتــرة تباطؤ غير طبيعية أيضا في نمو النســيج العصبي، ما يعني تشــكل أماكن ارتباط في الدماغ عاجزة وغير فعالة. الاكتشاف الآخر هو وجود التهاب في منطقة النسيج العصبي التي تعاني من زيادة غير طبيعية في النمــو. لقد اهتم الباحثون في هذا المجال وبشــكل كبير بما تعنيه أو تشكله تلك الاكتشــافات أو النتائج فيما يتعلق بالترابط بين أجزاء الدماغ بعضها مع بعض، وكيفية ارتباطها بالتوحد أو تأثيرها فيه، أي كيف يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بالتوحد [17].

ويعتقــد أن العوامل الجينية الوراثية هي المســؤولة عــن ذلك النمط المضطــرب والشــاذ في نمو الدمــاغ، وعلى كل حال، أيا كان الســبب في ذلك الاضطراب، فإن النتائج كالتي لدينا الآن مهمة جدا، ليس لمشــاركتها في تفســير وفهم التوحد، ولكن في قدرتها على مســاعدتنا للوصول إلى تشخيص وعلاج مبكر له أيضا.

من الضروري جدا أن نضع في اعتبارنا أن التعرف على شذوذ في بنية أو تركيــب الدماغ يجب أن ينظر إليه على أنه جزء من سلســلة اضطرابات، وأن ننظر إلى الصورة الكلية للدماغ، وأن الجزء الذي حُدد ما هو إلا جزء أو حلقة من تلك السلسلة. إن الدماغ عضو ذو بنية شديدة التعقيد تؤدي أجزاؤه وظائفها بصــورة متفاعلة ومترابطة وبشــكل هرمي، أي أن أحدهــا لا يتخطى الآخر. وهكذا فإن ملاحظة شذوذ في بنية المخيخ، أو أن حجم المخ أكبر من الطبيعي لا يعني أن أحدهما هو «سبب» للتوحد. هناك حاجة ماسة إلى دراسة السبب فــي اضطراب بنية المخيخ، والتأثير المحتمل لذلك في بقية أجزاء الدماغ، وما هي الاضطرابات أو أنماط الشذوذ الأخرى المرتبطة بهذا الاضطراب. والأهم من ذلك، وجوب الســعي إلى فهم الترابط بين السلوك وبنية الدماغ، أي كيف يمكن للاضطراب في بنية الدماغ أن يتحول إلى اضطراب سلوكي؟

علينــا أن نــدرك أيضا أننا نبحث في مجال شــديد التعقيد، لايزال في مراحــل التطــور، وأن الأبحاث التي تعتبــر مثيرة ومدهشــة الآن قد يثبت خطؤها فيما بعد. في الســنين العشر أو العشــرين سنة القادمة. قد ننظر

إلـــى الأبحاث العصبية/ البيولوجية على أنها جزء من التاريخ، كما هي حال النظريـــة التحليليـــة القديمة. غير أن الجدل العلمـــي الدائر حاليا يجب أن يكون الدافع الذي يقود أبحاثنا وأعمالنا المســـتقبلية. وفي حالة قيامنا بتلك الأعمال بطريقة علمية منظمة وبعيون ناقدة، فإن هناك ســـببا قويا للتفاؤل بأننا نسير في الاتجاه الصحيح.

التوحد بوصفه صورة مضخمة من الدماغ الذكوري

في نظريته المفاجئة المثيرة، يقدم سايمون بارون كوهين (Simon Baron Cohen) الأســـتاذ في جامعة كمبرج نظرية غير مســـبوقة بشأن الأسباب العصبيـــة والبيولوجية للتوحد [18]، مســـتندا إلى ادعائه بوجود فرق كبير ومهم بين دماغ الذكر ودمـــاغ الأنثى في القدرة على التعاطف. إذ يفترض أن التكوين الطبيعي في الدماغ الإنساني يميل أو ينحو إما إلى القدرة على التعاطـــف والتفاعل أو إلى التنظيم والتخطيط. وأن الدماغ الأنثوي ينحاز أو يميـــل نحو التعاطف، بينما يميل دماغ الذكـــر نحو التنظيم والتخطيط والضبط. ويعرّف كوهين التعاطف على أنه الدافع إلى التوحد مع شـــخص آخر وتفهم أفكاره وانفعالاته، ثم الاســـتجابة لها بشـــكل مناسب. وبما أن العجز عن تفهم الآخرين والتعاطف معهم صفة رئيســـية لدى التوحديين، اعتبر كوهـــين أن التوحد صورة مبالغ فيها أو مكثفة للعقل الذكوري الذي يميل إلى التنظيم والتخطيـــط (القدرات الميكانيكية، والتدريب، والروتين، وغيرهـــا من القدرات المشـــابهة)، في الوقت الذي تكـــون فيه قدرته على الاستجابة للآخرين والتفاعل معهم محدودة جدا.

فكيف تحدث هذه «الذكورية» المبالغة المكثفة في الدماغ؟ يجيب كوهين عن هذا التســـاؤل بالقول إن هرمون الذكورة (التستوستيرون) هو الأساس البيولوجي لنشـــأة وتطور التوحد قبل الولادة، ويفترض أنه لســـبب ما فإن بعـــض الأفراد يتلقون كميـــة زائدة من ذلك الهرمون خـــلال وجودهم في الرحم، وينتج عن ذلك ما نشـــاهده من صـــورة مبالغ فيها لذكورة الدماغ. ولإثبات تلك النظرية، قدم كوهين وزملاؤه تقريرا عن سلسلة من الأبحاث والدراســـات التي تشير إلى أن مســـتوى هرمون التستوستيرون في الرحم

مرتبط بسلوك صغار الأطفال الاجتماعي ولغتهم [19].

لكن ماذا عن الإناث المصابات بالتوحد؟ إذا كان مستوى هرمون التستوستيرون هو المسؤول عن نمو وتطور الصورة المبالغ فيها للدماغ الذكوري، ومن ثم يكون مسؤولا عن التوحد أيضا، فلماذا لم يكن كل التوحديين من الذكور؟ لقد واجه كوهين هذا السؤال بالقول إن جميع الإناث يتعرضن لمستوى منخفض من هرمون الذكورة داخل الرحم، لكن بما أن مستوى هذا الهرمون لديهن وفي الأوضاع الطبيعية يبدأ منخفضا عما هو لدى الذكور، فإن ما يتلقينه من الهرمون داخل الرحم يكفي لإصابتهن بالتوحد. ويفسر ما سبق سبب إصابة الإناث بالتوحد، كذلك زيادة عدد المصابين بالتوحد من الذكور عن الإثاث لدرجة كبيرة.

لا شك في أن هذه نظرية مثيرة، ولها بعض المصداقية، لكن كوهين ذاته كان أول المقتنعين بأن إثباتها يحتاج إلى أدلة قوية تثبت وجود علاقة بين التوحد وهرمون التستوستيرون. ومع ذلك فإن تلك النظرية لاقت كثيرا من النقد والمخاوف من أنها قد تساعد على التمييز بين الجنسين من دون حاجة إلى ذلك. وفي ظل غياب دليل علمي على الارتباط بين التوحد وهرمون التستوستيرون، فمن السابق لأوانه أخذ تلك النظرية على محمل الجد. وبينما يقبل كوهين النقد الموجه إلى نظريته، فإنه يساندها.

مهم جدا أن نتذكر أن كل الاكتشافات بشأن الأساس العصبي للتوحد تمثل علاقات ارتباطية. بمعنى أن الفروق التشريحية في تركيب الدماغ قد ترتبط بأعراض التوحد، لكننا لا نستطيع أن نستنتج من ذلك علاقة سببية في أغلب الحالات. فقد نكتشف مثلا أن الشق الأيمن للدماغ هو الجزء المسيطر لدى الأفراد الذين يعانون عجزا في المهارات اللغوية، لكن قد يكون ذلك نتيجة للعجز في اللغة وليس سببا، أو أن العجز اللغوي هو النتيجة وسيطرة الشق الأيمن هي السبب، والاحتمال الثالث هو أنه لا يوجد ارتباط بين الاثنين، وأن هناك عاملا آخر كان سببا في الحالتين. إن التعرف على العلاقة بين بنية الدماغ والسلوك، وتحديد تلك العلاقة بوضوح، سيعطينا أكثر المعلومات أهمية في الميدان.

من الواضح جدا أن فهم الأساس البيولوجي للتوحد يتطلب سنوات عديدة من البحث العلمي. ومن الواضح أيضا أن ما سنتوصل إليه لن يكون سببا واحدا للتوحد، بل فهم مفصل للأسباب المتعددة والمعقدة التي أدت إلى نشأة وتطور هذا الاضطراب المعقد. كما هي الحال عندما لا تكون هناك إجابات أكيدة عن القضايا موضع البحث، فإن هذا يترك متسعا لوجهات النظر المختلفة. وعلى العكس من الفترة التي ساد فيها الفرض النفسي (السيكولوجي) بشأن أسباب التوحد، يستند النقاش والجدل إلى السبب البيولوجي للتوحد على أساس من البحث العلمي الدقيق على يد علماء أكفاء، مما يبعث الاطمئنان، ويزيد من احتمال الوصول إلى اتفاق بين العلماء، وإن لم يكن ذلك الاتفاق كاملا.

فهل سيضع الاتجاه والأسلوب العلمي نهاية للجدل الذي ارتبط بأسباب التوحد؟ من المحتمل أن الإجابة ستكون «لا». فلقد أثبت التوحد دائما أنه موضوع شائع ومعروف، لكن فهمه هدف محيِّر لدرجة الإحباط. إذا نظرنا خمسين سنة إلى الوراء فسنكتشف أن النظريات السابقة عن التوحد تعاني من فجوات ونقاط ضعف كثيرة لم ندركها إلا بعد تراكم المعلومات والمعارف الجديدة، وبلا شك سيقال الشيء نفسه عن نظرياتنا الحالية فيما يتعلق بأسباب التوحد مستقبلا، لكن مادامت وجهات النظر تستند إلى التفكير العلمي الناقد بدلا من الحدس والتخمين، سنبقى في الطريق الصحيحة.

الميادين الجدلية الأخرى

إن القول بتعدد أسباب التوحد أمر تحيطه شكوك قليلة جدا، كما أن هناك مؤيدين ومناصرين لكل سبب من تلك الأسباب المفترضة. فالعوامل الجينية والبيولوجية، والهرمونية، والالتهابات الفيروسية، واضطرابات الأيض، ومضاعفات الولادة، والتسمم البيئي، وغيرها من أسباب مفترضة للتوحد لها ما يساندها، وإن كانت لبعضها أدلة علمية تثبتها أكثر من غيرها. إن تأثير العوامل الجينية، والعصبية وبعض الحالات التي ترجع إلى التهابات فيروسية مثل الحصبة الخلقية والتصلب الحدبي وجدت كثيرا من التأييد والمساندة في الوقت الحاضر. وعلى الرغم من سنوات طويلة

من البحـــث، فإنه لم يثبت وجود ارتباط بين التوحد وأي من مضاعفات الـــولادة أو أحـــد اضطرابـــات الأيض أو التســـمم البيئـــي، كذلك فقد فشـــلت الدراســـات في إيجاد أي ارتباط بين التوحد ومشكلات المناعة. فالدراسات في هذا الميدان أدت إلى نتائج إما متناقضة أو غير حاسمة وغيـــر مقنعة. لننظر إلى بعض الخلافات الرئيســـية قيد المناقشـــة في مجال أسباب التوحد.

هل يسبب لقاح MMR التوحد؟

يُعـــد الجدل الدائر حول دور لقـــاح (MMR) (وهو تطعيم مضاد لأمراض الحصبة، والحصبة الألمانية، والنكاف) باعتباره سببا للتوحد من أكثر النقاشات حدة في السنوات الأخيرة. لقد كانت بداية التعرف على هذا اللقاح واســـتخدامه في الثمانينيات من القرن الماضي، وهو عبـــارة عن خليط مكـــون من لقاحات ثلاثة تعطى معـــا بإبرة واحدة، وعلى جرعتين، الأولى في الشـــهر الثالث عشـــر مـــن العمر، والثانية ما بين 4 و6 ســـنوات. إن التأثير العـــام لهذا اللقاح واضح جدا: فقد سجلت الولايات المتحدة الأمريكية ودول كثيرة غيرها انخفاضا هائلا في معدلات الإصابة بتلك الأمراض الخطيرة. إن الســـيطرة على تلك الأمراض أمر فـــي غاية الأهمية. فالحصبة الألمانية تؤدي إلى ارتفاع معـــدلات الوفيات بين الأطفـــال، خصوصا في الـــدول الأقل تطورا، على الرغم من انتشـــارها الكبير في الدول الصناعية في الســـنوات الأخيرة. أما النـــكاف فهو معتدل أو خفيف بحد ذاته، لكنه يقود إلى مضاعفات خطيرة جدا، مثل التهاب السحايا، والتهاب الدماغ، والتي تؤدي إلى الإعاقة أو الوفاة. كما أن الإصابة بالحصبة الخلقية خلال الحمل ســـبب معروف للتخلف العقلـــي، والإصابة بالصمم أو العمى. إن اكتشاف واستخدام لقاح MMR قوبل بكثير من الترحيب والقبول كعلاج واق نجح وبشـــكل هائل في حماية ملايين الأطفال من الموت أو الإعاقـــة. غير أن هناك احتمالا بوجود آثار ســـلبية لهذا اللقاح وهو دوره المفترض في حدوث التوحد.

ولقــد دُعمــت وجهة النظر تلك بواســطة التقرير الــذي أعده طبيب أمــراض المعــدة والأمعاء الإنجليــزي الدكتور آنــدرو ويكفيلد (Andrew Wakefield) من مستشفى وكلية رويال فري في المملكة المتحدة [20]. فقد لاحظ ويكفيلد وزملاؤه خلال الأبحاث التي أجروها أن لقاح MMR يؤدي إلى اضطرابات في الأمعاء والأعضاء الداخلية للجسم، وهذا بدوره يؤدي ليس فقط إلى عجز في وظائف الأمعاء، لكن أيضا في تدهور واضطراب نمائي لدى 12 طفــلا، ممن راجع ملفاتهم الطبية. ومن المتوقع أن تحدث تلك الآثار الســلبية خلال 24 ساعة تمتد إلى أسابيع قليلة بعد أخذ لقاح MMR، أمــا الاضطراب النمائي الذي حــدث ولُوحظ فقد كان غالبا هو التوحــد. ونتيجة لذلك افترض ويكفيلد وزملاؤه وجود علاقة ســببية بين هذا اللقاح واضطراب التوحد.

لقد أدى تقرير ويكفيلد إلــى انخفاض واضح في عدد الأطفال الذين يتلقــون لقاح MMR، مما أدى إلى انزعاج المســؤولين عن الصحة العامة، إذ تشــكل تلك الأوبئــة خطورة على المجتمع ككل فــي حالة حدوثها، فهي أمــراض قاتلــة، أما التوحد فعلــى الرغم من أنه مدمر فعــلا، فإنه ليس مرضا قاتلا أو معديا. لقد أوضح معارضو اســتخدام لقاح MMR أنهم لا يعارضون التطعيم ضد تلك الأمراض، ولكنهم يعارضون دمجها جميعا في طعم أو لقاح واحد. وحجتهم هي أن الخليط الذي يتكون منه اللقاح يؤدي إلى حدوث تسمم شديد للجهاز العصبي للطفل غير مكتمل النضج، أو أنه يؤثر ســلبا في الطفل الذي لديه اســتعداد فطري للإصابة بالتوحد، ومن ثــم فإنهم يقترحون أن يعطى اللقاح لكل مرض على حدة بفرق ســنة بين كل لقاح وآخر. ومن ناحية ثانية، يعارض خبراء الصحة وجهة النظر تلك، حيث ســيؤدي اتباعها إلى تأخر حصول الطفــل على التطعيمات اللازمة ضد تلك الأمراض، مما يجعله عرضة للإصابة بها.

فأين تقف نتائج الأبحاث الآن عن العلاقة بين التوحد ولقاح MMR؟ وللإجابة عن هذا الســؤال نقول إن معظم الأبحاث والدراسات لا تؤيد الربط بين الاثنين. لقد أجرت جمعية الأبحاث الطبية في المملكة المتحدة دراسة تقييمة شاملة بشأن ذلك الموضوع، إذ راجعت ودرجت نتائج كثير

مـــن الأبحاث عن العلاقـــة بين لقاح MMR والتوحد، بما فيها دراســـة ويكفيلد، ولـــم تجد هناك أي ارتباط بين التوحـــد واللقاح المذكور [21]. وقد أقر أحد زملاء ويكفيلد والمجلة التي نشرت دراسته أن تلك الدراسة لم تصمـــم تحديدا لبحث العلاقة بين لقـــاح MMR وبين الاضطرابات النمائيـــة أو اضطرابات الأمعاء والأحشـــاء الداخليـــة. وفي ظل غياب دراســـة تجريبية تهدف خصيصا إلى البحث بشأن العلاقة بين التوحد ولقاح الـ MMR، لا يمكن اعتبار النتائج المرتبطة بتلك العلاقة حاســـمة ويمكن الوثوق بها.

دراســـة أخرى تناولت عينة تكونت مـــن 473 فردا توحديا من خمس مقاطعات في شـــمال شرق لندن ممن ولدوا بين العامين 1979 و1998 [22]، لـــم يجد الباحثـــون زيادة كبيرة فـــي عدد المصابـــين بالتوحد بعد البدء باســـتخدام برنامج التطعيم بلقاح MMR العـــام 1988، فإذا كان لقاح MMR ســـببا للتوحد، فإنه يمكننا أن نتوقع زيادة شـــديدة في عدد المصابين بعد البدء باســـتخدام ذلـــك اللقاح. وبالإضافة إلى ذلك لم يكن هناك فرق في الســـن عند التشـــخيص بين الأطفال الذيـــن تلقوا اللقاح قبل أو بعد 18 شـــهرا من العمـــر، والأطفال المصابـــين الذين لم يتلقوا اللقاح قط. وهكـــذا يمكننا القول إن اللقاح لم يؤد إلى التبكير في ظهور الأعراض. وأكد البحـــث أخيرا عدم حدوث تدهور في نمو الأطفال بعد تلقيهم لقاح MMR، كما لم يثبت أن الأعراض الأولى للتوحد ظهرت بعد فتـــرة محددة مـــن أخذ اللقاح أكثر من أي فترة أخـــرى من العمر. (وفي الحقيقة، فقد أثبتت الدراســـات التي اســـتخدمت الأساليب التشريحية والسلوكية أن أعراض التوحد تبدأ قبل عمر سنة). دراسة أخرى أجريت في كاليفورنيا اســـتخدمت عينة ضخمـــة من الأفراد، بحثت في معدلات تلقي الأطفال الذين ولدوا بين العامين 1980 و1994 لذلك اللقاح [23]. وخلصت الدراسة إلى أنه على الرغم من الزيادة الكبيرة في عدد حالات التوحد المسجلة في تلك الفترة، فإنه لم تقابل ذلك زيادة في تلقي اللقاح. كل تلك الدراسات، وغيرها [24]، قدمت أدلة مقنعة تنفي العلاقة السببية بين لقاح MMR والتوحد.

غير أن هناك دراســـة حديثة أظهرت الطبيعة المســـتمرة للجدل بشأن هــذه القضية [25]. ففــي بحث ضخم آخر أُجري بواســطة مركز الوقاية والســيطرة على الأمراض التابع لحكومة الولايات المتحدة الأمريكية، حلل الباحثــون البيانات التي حصلوا عليها بواســطة ثــلاث منظمات للحفاظ علــى الصحة، وقد جمعت تلك المنظمات بياناتها عن الأطفال الذين ولدوا بــين العامين 1992 و1999 وتلقوا لقاح MMR، وقد بلغ عدد أفراد عينة البحــث 140 ألف طفل. وتابــع القائمون على الدراســـة أولئك الأطفال سنوات عدة لمعرفة ما إذا شُخّص أي منهم باضطرابات نمائية أو انفعالية أو التلعثــم أو التأتأة في الفترة التي تلت تلقيهم التطعيم، غير أن الباحثين لم يجدوا أي ارتباط بين لقاح MMR وأي اضطراب بما في ذلك التوحد. وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسة المذكورة لم تفعل شيئا لتخفيف أو تغيير المشاعر أو الاقتناعات القوية لدى هؤلاء الذين يعتقدون بوجود ارتباط بين التوحــد وذلك اللقاح. كما أن هذه الدراســـة واجهت اتهامات بأنها مجرد محاولة للتغطية والكثير من النقد منذ اللحظة التي نشــرت فيها. وهكذا فمن المحتمل أن يســتمر الجدل بشــأن هذا الموضــوع ولفترة طويلة على الرغم من الحقائق التي أُثبتت.

تطور آخر ومدهش يمكن أن يلقي الضوء على طبيعة الجدل المســـتمر في هذه القضية، وهي أن ثلاثة عشر باحثا ممن اشتركوا مع ويكفيلد في دراســـته الأصلية، وســـجلوا وجود ارتباط بين لقاح MMR والتوحد عادوا وسحبوا تقريرهم وأعادوا تنقيحه وصياغته ثم نشروه مرة أخرى [26]. وقد تضمن تقريرهم الجديد بعد إعادة صياغته ما يشير إلى أن ويكفيلد تلقى مبالــغ مالية من المحامين المكلفين من قبل أولياء أمور الأطفال التوحديين الذيــن ادعــوا أن التطعيم أدى إلى إصابة أبنائهــم بالتوحد، خصوصا أن بعض الأطفال الذين وردت أسماؤهم في القضايا كانوا ضمن عينة البحث في الدراسة.

هذه النتائج المتسقة فيما بينها والتي ترفض العلاقة السببية بين لقاح MMR والتوحد، وجدت تأييدا من المؤسسات والمنظمات المعترف بها مثل: الرابطة الأمريكية الطبية، والمعهد الطبي، ومؤسسة الشعب والصحة العامة

فرع كندا، وقسم الصحة والطفل الإيرلندي. ومنظمة الصحة العالمية، والأكاديمية الطبية لطب الأطفال. مما يثير الاهتمام أنه في ضوء الأدلة الدامغة والمعارضة للفكرة التي تقول إن لقاح MMR هو أحد العوامل التي تضع الأطفال على حافة خطر الإصابة باضطراب التوحد وأهمية المنظمات المعارضة للفكرة، يبدو كأن أحدا ليس لديه الاستعداد لإقفال الباب أمام ذلك الاحتمال.

وعلى الرغم من أن التقرير الذي صدر عن المعهد الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية العام 2004، بدا وكأنه المسمار الأخير في نعش نظرية العلاقة السببية بين التوحد ولقاح MMR، فإنه لم يكن كذلك. يوضح هذا التقرير الذي عكس النتائج التي استُخلصت من هيئة من العلماء المؤثرين والذين راجعوا كثيرا من الأبحاث الأمريكية والدولية التي أُجريت منذ العام 2001، أنه لا يوجد ارتباط بين التوحد واللقاح. وقد حسمت هيئة العلماء في نهاية تقريرها بالتوصية على البحث عن أسباب أخرى للتوحد غير اللقاح [27].

غير أن هيئة العلماء أصبحت موضوعا للنقد الشديد بعد إعلان نتائج التقرير مباشرة، خصوصا فيما يتعلق بـ «مقدرة» أو كفاءة أعضاء الهيئة والتشكيك في دوافعهم. ومن الواضح أننا لم نسمع نهاية ذلك النقاش بعد.

هل الزئبق هو السبب في التوحد؟

قريبا من النظرية التي تقول إن التطعيمات تؤدي دورا مسببا في نشأة التوحد، هي وجهة النظر التي يفترض أصحابها أنه إذا تعرض الطفل قبل أو بعد الولادة إلى معدن ثقيل مثل الزئبق، فإن هذا قد يؤدي إلى التوحد. والحقيقة أن كثيرا من أنواع اللقاح التي كانت تُعطى للأطفال احتوت على مادة الثيميروسال (Thimerosal)، وهي مادة حافظة (غير مستخدمة حاليا) تحتوي هذه المادة في 50% من وزنها تقريبا على مادة غاز الزئبق. ومن المعروف بشكل شبه مؤكد أن للزئبق تأثيرا مدمرا في الدماغ في مراحل تكوينه ونموه الأولى. وقد أوضح

مؤيدو وجهة النظر التي تعتبر الزئبق سببا لعدد من حالات التوحد إلى التشـــابه الكبير بين أعراضه وأعراض الاضطراب الناتج عن التســـمم بالزئبق. مثل العجز والانســـحاب الاجتماعي، والفشـــل في اكتســـاب وتكوين القدرة على الكلام، واكتســـاب اللغة، والعجز عن الاســـتيعاب، والحساســـية الشـــديدة للأصوات، وانخفاض الدرجات في اختبارات الذكاء اللفظيـــة، والتخلف العقلي، والحـــركات النمطية مثل الاهتزاز، والتصفيق باليدين.

وكما ذكر سابقا في الجدل بشأن لقاح الـ MMR ودوره كمسبب للتوحد، هناك ســـبب آخر يدعونا إلى الافتراض أن أنواع اللقاح التي تحتوي على الزئبق قد تسبب التوحد، وهذا السبب هو التلازم في وقت ظهور أعراض التوحد مع الوقت الذي يُعطى فيه اللقاح.

فالتطعيمات تُعطى للأطفال ما بين عمر ســـنة وثلاث ســـنوات، وهي الســـن التي تظهر فيها ســـمات وخصائص التوحد. وفي الحقيقة، أشار مؤيدو هذه النظرية إلى حالات معينة من التوحد الارتدادي، والتي تتميز بأن الطفل يبدو ســـليما وينمو بصورة طبيعية ثم يبـــدأ بالتدهور بصورة مفاجئة بعد ذلك، وتظهر عليـــه الأعراض التوحدية، كل ذلك يحدث بعد وقت قصير من تناول الطفل للقاح. أما السبب في عدم إصابة كل الأطفال الذيـــن يتناولون اللقاح بالتوحد فيرجع إلى حقيقة أن تأثير اللقاح يحدث فقط في حالة وجود اســـتعداد فطري أو أي ســـبب آخر يجعل الإنســـان عرضة للحساسية الشديدة من الزئبق.

وبما أن هناك فروقا فردية في مدى الحساسية للزئبق حتى بين الناس الطبيعيـــين، فإن الفرق فـــي الإصابة بالتوحد بين الأطفـــال الذين يتلقون اللقاح يصبح أمرا مفهوما.

وبشـــكل عام فإن الأبحاث العلمية لـــم تؤيد حتى يومنا هذا أي ارتباط بين الزئبق والتوحد [28]. وذلك للأسباب التالية:

أولا: لـــو كان الزئبق مرتبطـــا بالتوحد فمن المتوقع أن يكون مســـتواه مرتفعا عن الطبيعي في أجسام التوحديين، ولكن لم تكن هناك أدلة دامغة وحاسمة على ذلك.

ثانيا : كما هي الحال مع لقــاح MMR والتوحد، لم يكن هناك ارتباط بــين الزيــادة الهائلة في عــدد الأفــراد الذين يشــخصون بالتوحد وبين الاســتقرار النسبي في عدد الأفراد الذين يتلقون التطعيمات التي تحتوي على الزئبق.

ثالثا : لا يمكن اعتبار التشــابه بين أعراض التوحد وأعراض التســمم بالرصــاص دليلا قاطعا وحاســما على رغم وضوحه. كمــا أن كثيرا من الأعراض المشتركة بين الحالتين موجودة لدى المصابين ببعض الاضطرابات الأخرى مثل التخلف العقلي.

مرة أخرى، المطلوب المزيد من الاهتمام والبحث. ففي الوقت الذي لم نســتطع فيه استنتاج عدم وجود ارتباط بين التوحد والزئبق، لا نستطيع نفــي احتمال تأثر عدد قليل من الأطفــال بهذه المادة. ولكي نحقق ذلك فإننا نحتاج إلى التأكد مما إذا كان خطر الإصابة بالتوحد لدى الأطفال الذين تلقوا اللقاح الذي يحتوي على مشــتقات الزئبق أعلى من الخطر المرتبــط بالتطعيمات الأخرى التي يأخذها الأطفال. غير أن هذا الأمر لم يتحقق بعد.

ما الفائدة التي ستقدمها الأبحاث بشأن أسباب التوحد للوصول إلى علاج فعال؟

أضيفُ إلى الجدل بشأن أسباب التوحد موضوعا جديدا في السنوات الأخيرة. فبينما يتفق الجميع على أن دراســة أسباب التوحد أمر ضروري للوصــول إلى فهم كامل للاضطراب، فــإن بعض أولياء الأمور والمختصين قلقــون من أن التركيز على دراســة الأســباب حول الكثيــر من الاهتمام والإمكانات بعيدا عن البحث لعلاج فعال للتوحد. فحتى يومنا هذا، لم تؤد الدراسات المتعلقة بأسباب التوحد إلى تقدم كبير في العلاج. ويتعين علينا أن نقــر أنه حتى لو وصلنا إلى تحديد بعض العوامل البيولوجية المســببة للتوحد والتعرف عليها بشــكل دقيق (مثل تحديد جين معين أو أي شــذوذ عصبي تشــريحي) فلن يكون لتلك المعرفة تطبيقات وفوائد مباشــرة على العلاج، حيث إن معرفة أســباب اضطراب ما لا تعنــي بالضرورة أن تلك المعرفة ســتؤدي إلى التعرف على علاج مناســب له. وعلى سبيل المثال أنه

على الرغم من تعرفنا على الأســـاس والســـبب الجيني لمتلازمة داون منذ العام 1959، فإن هذه المعرفة لم تقدنا إلى علاج فعال لذلك. وحيث إننا لا نعرف شيئا محددا لنبحث عنه، فإن الأبحاث في أسباب التوحد لم تقدنا بعــد إلى الوصول إلى اختبار يمكننا من التعرف على حالات التوحد خلال فترة الحمــل. مثل هذا الاختبار (وهو متوافر في حالة متلازمة داون) قد يقودنـــا يوما ما إلى التدخل قبل الولادة أو خـــلال مرحلة الحمل بطريقة تمنع ظهور أعراض التوحد على الطفل فيما بعد.

ومن المحتمل أيضا أن نســتطيع تغييــر أو القضاء على العوامل البيئية التي يتبين أنها ســبب فــي التوحد، هذا إذا حُــددت. ومثال على ذلك ما حدث مع اضطراب الفنيلكتونوريا PKU والذي كان في يوم من الأيام أحد الأســـباب الرئيســـية للتخلف العقلي لدى الأطفال. تنتــج هذه الحالة عن عجز في عملية الأيض لدى الطفل يؤدي إلى عدم تمثيل مادة الفينلالانين (Phenylalanine) فــي الجســم، فيتراكم ويتحول إلى مادة ســامة تتلف الدماغ. وفــي هذه الأيام يخضع الأطفال حديثو الــولادة لاختبار يبين ما إذا كان هــذا النوع من العجز في عملية الأيض موجودا لديهم أم لا، وعند التحقق من ذلــك يوضع الطفل أو الطفلة على نظام غذائي خال من مادة الفينلالانين، مما يمنع حدوث التخلف العقلي فيما بعد. وفي الحقيقة أننا مازلنا ننتظر مشاركة الدراسات المتعلقة بأسباب التوحد لتمدنا بمعلومات للتنبؤ بالحالة قبل الولادة، أو لمنع أو تغيير أو علاج حالة التوحد. ومع ذلك، لا يوجد سبب يجعلنا نشك في أن مثل تلك المشاركة ستحدث.



5

هل هناك عجز جوهري في التوحد؟

– هـل يملـك الطفـل التوحدي «نظرية العقل»؟

سايمون بارون – كوهين، وآلن م.ليسلي، وأوتافريث. «المعرفة» (1985).

– يتسـم عجـز «نظرية العقـل» لدى معظـم التوحديين بالشـدة والحدة. فهو يفسـر مـا يعانيه هـؤلاء مـن اضطراب اجتماعي واضطراب في التواصل والقدرة على التخيل. وهي التي تشـكل الأعراض الأساسية والملاحظة لدى التوحديين.

سايمون بارون – كوهين، وجون سويتينهام. «كتاب التوحد والاضطرابات النمائية المنتشرة» (1997).

– التوحـد اضطـراب معقـد وغيـر متجانـس إلى درجـة لا يمكـن معها أن يتضمنه اضطراب معرفي واحد.

هيلين تاغر – فلوسبوغ، «نشأة التوحد» (2001).

«هل يمكن أن يكون العجز عن التواصل نتيجـة للصعوبات في التقليد؟»

المؤلفة

عنـد وضع مدى انتشـار التوحد وطبيعته الحـادة في الاعتبار، يصبـح البحث عن تحديد «العجز الجوهـري» لذلك الاضطراب أو المشكلة الأساسية التي تكمن وراء أعراضه أمرا مثيرا للاهتمام. إن تحديد الأعراض الأساسية للتوحد أمر غاية في الأهمية، فإذا تمكنا من التعرف على أن هناك عرضا أساسيا للتوحد فقد يساعدنا ذلك على اكتشـاف أسـبابه، حيث إن تحديد الجزء المصاب من الجهاز العصبـي في حالـة التوحـد أو العملية البيولوجية غيـر الطبيعية سـيمكننا من تحديد نقطة بدايـة التوحد. كمـا أن تلك المعلومات ستسـاعدنا على فعل شيء للوقاية من ذلك الاضطراب أو «شفائه». فإذا أمكن تحديد العجز الأساسـي أو السـبب الأولي للاضطراب بصـورة مبكرة (ربما قبـل الولادة)، فإن ذلك يسـاعد على التدخل المبكـر وعلاج أو إصلاح الحالة. حتى إن لـم تكن الوقاية أو العلاج أمرين ممكنـي التحقيق، فإن تركيز العلاج علـى العجز أو العرض الأساسـي للاضطراب قد يؤدي إلى الوصول إلى علاج أكثر فاعلية وتأثير أقوى على تطور الحالة.

لقـد اجتهد الباحثـون كثيرا لتحديـد العجز أو العرض الأساسـي للتوحد، ولكن الأمر لم يكن سـهلا بسـبب الطبيعة المعقدة للاضطراب، وعـدم التجانس بين المصابين. إن إدراكنـا لتعدد الأعراض المفترض أنها تشكل أساس التوحد، فضلا عن عدم التجانس بين المصابين، يبين كم هي معقدة وصعبة مهمةُ تحديد الأعراض الأساسـية للتوحد، كما أننا سنجد أنفسنا أمام أرضية خصبة للجدل ووجهات النظر المتناقضة.

وجديـر بالذكر أن هناك مواصفات يجـب أن تتوافر في العرض حتى يمكن اعتباره سـمة أساسـية لا بد من توافرها لتشخيص التوحد، وهذه المواصفات هي [1]:

أولا: أن تكـون الصعوبـة أو العرض خاصين باضطـراب التوحد دون غيره من الاضطرابات.

ثانيا: أن توجد الصعوبة أو المشـكلة لدى كل من يعاني الاضطراب أو الإعاقة، وفي حالتنا هذه أن توجد لدى كل التوحديين.

ثالثا: الاستمرارية، ومعنى هذا أن تستمر المشكلة أو الصعوبة في التأثير في الفرد خلال كل مراحل النمو المختلفة.

رابعا: الأسبقية، ونعني بذلك أن يبدأ العرض في مراحل النمو المبكرة، وأن يكون من الأعراض الأولى التي يبدأ فيها الاضطراب وليس مترتبا على أعراض أخرى.

من غير المحتمل أن نتعرف على صعوبة أو عجز بعينه يفسر لنا كل أعراض التوحد، وذلك بسبب الطبيعة المعقدة لهذا الاضطراب. فمثل هذا العجز يجب ألا يكون قادرا على تفسير الأعراض الرئيسة للتوحد فقط، من عجز اجتماعي، وعجز عن التواصل، ومحدودية الاهتمامات لدى الطفل، بل على تفسير الأعراض الإضافية وغير الأساسية، مثل غياب اللعب التخيلي، والسلوك النمطي والمتكرر، والذاكرة الميكانيكية التي لا يمكن توظيفها لتحقيق هدف معين، وغيرها من الأعراض.

ويمكننا تناول حالات العجز الأساسية في التوحد بتقسيمها إلى مجالات رئيسة أربعة هي:

مشاكل في المعرفة، ومشاكل في المشاعر والانفعالات، ومشاكل في الانتباه والاستثارة، ومشاكل في التقليد والمحاكاة.

العجز في العمليات المعرفية

نظرية العقل (Theory of Mind)

يشمل البحث في هذا الميدان النظريات التي تربط المشاكل في التفكير بالأعراض الظاهرة لمتلازمة التوحد، خصوصا الكيفية التي يرى فيها الفرد موقعه في البيئة الاجتماعية وعلاقته بالآخرين. والنظرية الأكثر انتشارا في هذا المجال هي النظرية التي تشير إلى أن المشكلة الرئيسة في التوحد تنتج من عجز المصاب عن رؤية الأمور من وجهة نظر الآخرين. وبعبارة أخرى، يواجه التوحديون صعوبة في إدراك أن الآخرين يملكون طريقة تفكير ونوايا ومشاعر واعتقادات ومعلومات منفصلة ومختلفة عما لديهم هم. وتسمى القدرة على تفهم وجهات نظر الآخرين ومشاعرهم وتفكيرهم بـ «نظرية العقل»، وتكتمل هذه القدرة لدى

الأطفال الطبيعيين فيما بين عمر سـنة ونصف السنة، وسنتين. أما قبل ذلك فيكون الطفل متمركزا حول ذاته ومتوحدا معها، فهو يرى الأحداث والأمور من وجهة نظره الشخصية، ويفترض أن الآخرين يشتركون معه في وجهة نظره وفي تفكيره ومشاعره. هذه النظرة المتمركزة حول الذات تتلاشى مع تقدم الطفل في العمر في الحالات الطبيعية، وهو ما لا يحدث في حالة التوحد.

ولكي يتمكن هاينز ويمر (Heinz Wimmer) من قياس قدرة الفرد على فهم وجهة نظر الآخر، وهو ما أطلق عليه «نظرية العقل»، أجرى مع زميله جوزف بيرنر (Josef Perner) تجربة عبقرية بأن وضعوا سلسلة من السيناريوهات المصممة لقياس قدرة الفرد على التمييز بين معلوماته حول حقيقة ما ومعلومات شخص آخر. ثم نفذ الباحثان ذلك السيناريو باستخدام دميتين [2]، «سالي» و«آن»، ويتضمن السيناريو أن تدخل سالي الغرفة وتضع مجموعة من الكرات الزجاجية الصغيرة في سلة ثم تغادر الغرفة. وبعد ذلك تدخل آن وتلعب بتلك الكرات ثم تضعها في علبة وليس في السلة. ثم تعود سالي مرة أخرى إلى الغرفة، لتبحث عن الكرات. وهنا يسأل الباحثُ الطفل الذي كان يراقب ما حدث منذ البداية: أين في اعتقادك ستبحث سالي عن الكرات؟ ولاحظ أن الأطفال الطبيعيين في سن الرابعة يقولون إنها ستبحث عنها في السلة حيث تركتها، ومعنى هذا أن الأطفال في هذه الحالة يدركون أن سالي لديها تفكير ومعارف مختلفة عما لديهم. فعلى الرغم من معرفتهم أين وضعت «آن» الكرات الزجاجية، فإنهم يعلمون أن «سالي» لا تعرف ما يعرفونه، وأن لها تفكيرها المختلف. لذلك تفهموا المعتقد الخطأ لـ «سالي». أما إجابة الأطفال التوحديين فكانت أن «سالي» ستبحث عن الكرات في العلبة (لأن الكرات في العلبة)، ومن هنا نلاحظ أن الطفل التوحدي لا يدرك أن تفكير الآخرين منفصل عن تفكيره. لقد أعطت هذه التجربة تأييدا ودعما لفكرة أو مفهوم «التمركز حول الذات» الذي يميز التوحديين، حيث إنهم غير قادرين على قراءة وإدراك تعابير ومشاعر وأفكار الآخرين، أو التمييز بين معلوماتهم ومعلومات الطرف الآخر. أو أن معارفهم تختلف عن معارف من حولهم،

وهو ما سماه المختصون «العجز في نظرية العقل»، التي تبين أنها عرَض خــاص بالتوحديين دون غيرهم من المعاقــين كالتخلف العقلي والمصابين بمتلازمة داون، الذين أثبتوا أنهم قادرون على النجاح في الاختبار السابق وبســهولة مثل الأطفال الطبيعيين. وهكذا فــإن الإعاقة العقلية في حد ذاتها لا تفســر ما لاحظناه لدى التوحديين من عدم قدرتهم على الفصل بــين أفكارهم وأفــكار الآخريــن، أو إدراك أن الآخريــن يملكون أفكارا ومعارف تختلف عما لديهم.

من المثيــر أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد قــادرون على اجتياز «المستوى الأول» من هذا الاختبار بنجاح، ولكنهم قد يفشلون في المستوى الثانــي، وهو اختبار مناســب للطفل الطبيعي في عمر 5 – 6 ســنوات، ويتطلب ذلك الاختبار من الطفل أن يتابع ويلاحظ الاعتقاد الخطأ الذي يحمله شــخص ما عن شــخص آخر. وحتى التوحديــون الذين يتمتعون بقدرات عقلية ووظيفية جيدة ويســتطيعون اجتياز المســتوى الثاني من الاختبار يُظهرون عجزا عن استيعاب اللغة الرمزية والمؤشرات من البيئة. وقــد افترض مؤيدو نظرية العقــل أنها ترجع إلى وجود عجز لدى هؤلاء الأطفال في فهم مشــاعر وانفعالات وإيمــاءات الآخرين، وهي القدرات المفترض أن تتضمنها «نظرية العقل».

إن حقيقــة افتقار الأطفال التوحديين إلى القدرة على تفهم وجهة نظر الآخريــن ونواياهم، ومعتقداتهم، قد تفســر لنا الســبب وراء فهم الطفل التوحــدي لبيئته الاجتماعية بصورة محدودة جدا وغير مناســبة. ولنا أن نتخيل أي حياة تلك التي يعيشــها الفرد عندما لا يدرك أن الآخرين لديهم رغبات ومعتقدات ونوايا ومعارف تختلف عما لديه. ولنتخيل كيف ســتبدو غريبة وعشوائية سلوكيات الآخرين.

يعتقــد فولكمار وزملاؤه، أن عجز الطفل التوحدي عن التمييز بين مشــاعره وأفكاره ومعتقداته وتفكير الآخرين، قد يســاعدنا على فهم الســبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يعاملون الآخرين كأنهم أشياء أو مــواد غير حية (جماد) [3]. وهو الســلوك الذي تكررت ملاحظته لدى التوحديين. فالطفل التوحدي الذي يقف على حجر والدته كأنها

كرسـي للوصول إلى علبة البسـكويت مثلا، قد لا يعـي أو يدرك أن والدته مخلوق يفكر، ويشعر، وقد يصيبه الضيق إذا عومل كشيء غير حي أو جماد.

يقـدم المؤيدون لـ «نظرية العقل» وفرضياتهـا وصفا يوضحون فيه مؤشـرات هذه المشكلة لدى التوحديين. وتعتقد آلن ليزلي Alan Leslie أن القـدرة على تفهم وجهة نظر الآخرين، وقراءة أفكارهم ترتبط بقدرة الفرد على تكوين صور ذهنيـة مؤقتة للبيئة الطبيعية من حوله [4]، كما يحدث عندما يتخيل الطفل أن قطعة خشـبية ما هي سيارة. فالواقع أن هذا الطفل لديه حقيقتان: الحقيقة الأولى هي الواقع أو النموذج الفعلي والحقيقـي. أما الأخرى فهـي كيفية تصور الطفل لذلـك الواقع وتلك الحقيقـة. فمثلا عندما يقول الطفل عن قطعة الخشـب التي يلعب بها إنها «سيارة» فالحقيقة هنا هي قطعة الخشب، أما السيارة فهي الصورة التي تخيلها الطفل.

ولأداء مهمـة وفقا لـ «نظرية العقـل»، فإن الطفل يحتاج إلى حقيقتين: الأولى هي المكان الفعلي للكرات الزجاجية، وفكرة سالي عن مكان الكرات. وتعتقد ليزلي أن الكيفية التي يتشـكل فيها الدماغ هي التي تسمح بنشأة وتكون «نظرية العقل» لدى الطفل الطبيعي عند عمر سنتين، وأن الخطأ أو الاضطـراب في نمو الدماغ الذي يحدث للطفل التوحدي يؤدي إلى إعاقة تكويـن تلك القدرة. وبالتالي يعجز الطفل عـن التخيل أو تمثل الواقع في ذهنه أو تكوين ما يسـمى «نظرية العقـل». وتجد وجهة النظر هذه تأييدا كبيـرا مما نلاحظه من عجـز التوحديين عن اللعـب التخيلي والتمثيلي، وهي مهارة تتطلب القدرة على تمثل أو تكوين صور ذهنية عن الواقع. لقد وجـدت وجهة نظر ليزلي كثيرا من التأييد، وهي تبدو منطقية بالنظر إلى سـلوك التوحديين، بيد أنه حتى يومنا هذا لا يوجد في تركيب الدماغ ما يشير إلى ذلك أو يشكل أساسا علميا له.

مؤشر آخر على العجز في «نظرية العقل» هو العجز عن الانتباه المشترك. وكما سـبق ذكره فإن الانتباه المشترك هو أول وسيلة للتواصل لدى الأطفال. ويتمثل الانتباه المشترك في قدرة الطفل على الانتباه استجابة لنظرات شخص

آخر، كما يستخدم نظراته لتوجيه انتباه ذلك الفرد. مثال على ذلك، الأم التي تنظر إلى طفلها عينا لعين، ثم تنظر إلى شيء ما قريب منها، وعند ذلك فإن الطفل الطبيعي سينظر في الاتجاه نفسه الذي نظرت إليه والدته. ويكتسب الطفل الطبيعي هذه القدرة عند عمر 8 - 9 أشهر. وبعد ذلك بأشهر قليلة يستطيع الطفل ذاته أن يجذب انتباه البالغين من حوله بالنظر أيضا، كأن ينظر الطفل إلى والدته، ثم ينظر إلى البسكويت، ثم إلى والدته مرة أخرى في إشارة يعبر بها عن رغبته في الحصول على البسكويت، ويستطيع الطفل الطبيعي فعل ذلك قبل القدرة على استخدام الكلام. إن استخدام الطفل النظر للتواصل مؤشر على إدراكه وانتباهه للآخرين، وأنه على علم أن هؤلاء يملكون وجهة نظر تختلف عما لديه، أي أن لديهم «دماغا» مستقلا عن دماغه. بيد أن الملاحظة تشير إلى افتقاد الطفل التوحدي للانتباه المتلازم، وإن وجد فهو محدود جدا. وفي دراسة متميزة، شاهد كلٍ من أوسترلنغ (Osterling) وداوسن (Dawson) وزملاؤهما أفلام فيديو مصورة لحفلات أعياد الميلاد الأولى لمجموعة من الأطفال [5]. ولأن معظم الناس لديهم كاميرات فيديو هذه الأيام ويسجلون مثل تلك المناسبات، استطاع الباحثون أن يحصلوا على مجموعة من أشرطة الفيديو لتلك الحفلات، وكانت بعض تلك الأشرطة تخص أطفالا جرى تشخيصهم فيما بعد بالتوحد، ومجموعة ثانية جرى تشخيصها بأنها مصابة بالتخلف العقلي (بدون توحد)، والمجموعة الثالثة طبيعية لم تعان أي إعاقة. وقيَّم الباحثون تلك الأشرطة بناء على عدة معايير هي: نظر الطفل إلى والديه أو إلى الآخرين وجها لوجه، اتباع إيماءات وإشارات الآخرين عندما يقومون بها، والاستجابة عندما يناديه الآخرون بالاسم. ووجد الباحثون أن الأطفال الذين جرى تشخيصهم بالتوحد فيما بعد أظهروا هذه السلوكيات بدرجة أقل بكثير من الأطفال المصابين بالتخلف العقلي والأطفال الطبيعيين. وهكذا فإن الأطفال التوحديين كانوا مختلفين منذ بلوغهم سنة من العمر، حيث إن احتمال استخدامهم أو قيامهم بالانتباه المتلازم أقل بكثير من غيرهم. وهناك دراسات لاحقة وجدت مثل هذا العجز أو الصعوبات في «الانتباه المشترك» لدى الأطفال التوحديين مبكرا عند عمر 6 أو حتى 9 شهور [6].

أفرزت الأبحاث بشـأن الانتباه المشـترك لدى التوحديـين أدلة ثابتة وقوية مثل: أن اسـتخدام الأطفال التوحديين لذلك الأسلوب في التواصل محـدود جدا، ومع وضع طبيعة التوحد في الاعتبار فإن سـلوك الأطفال التوحديـين هذا يحدث بخطوات منتظمة ومتتابعة إلى الدرجة التي يمكن معها التنبؤ بها، والدليل على ذلك ما لوحظ من أن الأطفال التوحديين أقل عجزا عن اسـتخدام «الانتباه المتلازم» إذا كانوا يريدون الإشارة إلى شيء يرغبـون في الحصول عليه، في الوقت الـذي يُظهرون فيه عجزا واضحا عن اسـتخدام هـذه المهارة إذا أرادوا أن ينقلـوا خبراتهم إلى فرد آخر أو يبادروا بالتواصل. بمعنى أنه يسـهل على طفل توحدي جذب انتباه والدته للحصول على قطعة بسـكويت مثلا، ولكنه في الأغلب لن يرغب في جذب انتباهها للاستمتاع بمنظر دراجة نارية. وإضافة إلى ذلك فإن احتمال نظر الأطفـال التوحديين إلى الآخرين وجهـا لوجه للحصول على معلومات هو احتمال ضعيف جدا.

ويـرى بعض المؤمنين بـ «نظرية العقل» أن هناك علاقة مباشـرة بين العجز في تلك النظرية والعجز عن الانتباه المتلازم. كما يرون أن الصعوبة في الانتباه المتلازم لدى التوحديين ناتجة من الافتقار أو عدم وجود بعض العمليـات العصبية التي تمكن الفرد مـن التعرف وملاحظة الهدف الذي تتجـه إليه عيـون الآخرين، ومن ثـم فهمهم، حيـث إن النظر نحو هدف معـين يكون ملازما لمشـاعر وانفعالات محددة أيضـا [7]. وبدورها تمنع الصعوبات الناتجة من الانتباه المتلازم اكتسـابَ الطفل القدرة على تمثل الأشياء أو تكوين صور ذهنية عنها، ومن ثم عدم القدرة على فهم مشاعر ووجهـات نظر الآخريـن وإدراك أن لهم وجهة نظـر تخالف وجهة نظر الطفل التوحدي. وجدير بالذكر أنه لا يوجد أي دليل بيولوجي يثبت هذا الافتراض حتى يومنا هذا.

والسـؤال هو: إلى أي مدى تتوافر الشروط في «نظرية العقل» حتى نسـتطيع اعتبارها عجزا جوهريا للتوحد؟ وللإجابة عن هذا السـؤال نطـرح للنقاش الشـرط الأول وهو الخصوصيـة، أي أن العرض يكون خاصا بالتوحد دون غيره من الاضطرابات، على الرغم من أن الأبحاث

الأولى في هذا المجال دلت على اقتصار العجز في «نظرية العقل» على التوحديين، حيث اجتاز المتخلفون عقليا من دون توحد اختبار «الاعتقاد الخطـأ»، غير أن الأبحاث التالية والحديثة في المجال نفسه أشارت إلى فشل الأطفال والبالغين من المتخلفين عقليا في ذلك الاختبار. وبالإضافة إلى ذلك تبين أن المصابين بإعاقات مثل الفصام، والعمى، والصمم، واضطرابات اللغة الخاصة، لديهم صعوبات في الوظائف التي تتضمنها «نظرية العقل» [8]. وهذا بدوره يضع نظرية العقل كعرض أساسي للتوحد موضع شك.

أما المعيار الثاني الذي نحتاج إلى بحثه فهو عمومية العجز عن المهارات المتضمنة في «نظرية العقل»، بمعنى معاناة كل الأطفال التوحديين من تلك الصعوبات. فعند بحثنا لهذا المعيار لا بد من ذكر أن عددا من الدراسات بينت أن بعض التوحديين اجتازوا، بنجاح، اختبار «الاعتقاد الخطأ» فعلا، وهكذا يمكن القول إن ما تشير إليه نظرية العقل من عدم قدرة التوحديين على الفصل بين مشاعرهم وأفكارهم وأفكار الغير ليس عاما، ومن هنا لا يمكن اعتبار نظرية العقل سمة أساسية وشرطا لتشخيص التوحد. فقد تكون عامة عند مرحلة حرجة من مراحل النمو، وليست كذلك في مرحلة أخرى (مثال على ذلك، أن بعض الأطفال التوحديين الذين يتمتعون بقدرات عقلية ووظيفية جيدة قد يفشلون في اختبار «الاعتقاد الخطأ» في صغرهم، ولكنهم يجتازونه وهم أكبر سنا بنجاح.

أما المعيار الثالث فيطرح السؤال التالي: هل الصعوبات في نظرية العقل دائمة؟ بمعنى: هل تستمر تلك الصعوبات في تأثيرها في الفرد خلال كل مراحل عملية النمو العصبي؟ لقد أوضحت بعض الأبحاث أن الصعوبات في القيام بالوظائف التي تتضمنها «نظرية العقل» تستمر مع الأطفال التوحديين بالإضافة إلى صعوبات أخرى تتعلق بتكوين الصور الذهنية وتمثُّل الأشياء والقدرة على رؤية الأمور من وجهة نظر الآخرين.

والمعيار الرابع للحكم على ما إذا كانت «نظرية العقل» عرضا أساسيا لتشخيص التوحد هو الأولوية، بمعنى أنها العرض الأول والأساس الذي تتبعه أعراض أخرى. لقد كانت أولوية العجز عن المهارات التي تشير إليها «نظرية العقل» ومازالت موضع جدل كبير، والحقيقة أنه من بين كل الأدلة والحجج التي حاولت معارضة فرضية «نظرية العقل» تعتبر الأدلة الخاصة بالأولوية أكثرها قوة. إن المعارضة الأساسية لفرضية «نظرية العقل» هي أن هذه النظرية لا تستطيع تفسير ظهور الأعراض المبكرة جدا عن ظهور الصعوبات في تمثل الآخرين والبيئة وإدراك أن للآخرين فكرا ومشاعر ومعلومات تختلف عما لدينا، وهي الصعوبات التي تحدثت عنها «نظرية العقل». فالمصابون بالتوحد من صغار الأطفال والرضع يظهرون الشذوذ في العلاقات مع الآخرين، والتلازم في الانتباه، واللعب، والتعاطف، والمحاكاة، قبل سن الرابعة بكثير، وهي السن المفترض أن تتشكل فيها القدرات التي تشملها «نظرية العقل»، لذلك لا يمكننا أن نعتبر كل الصعوبات والاضطرابات التي تظهر على التوحديين دليلا أو مؤشرا على صعوبة لدى الفرد في تقدير وتفهم أو قراءة فكر الآخرين وعقولهم وتعبيراتهم [9]. وما يزيد الصورة تعقيدا، افتراض بعض المنظرين في المجال أن الصعوبات الاجتماعية لدى التوحديين خاصة أولية، حيث تبدأ أولا، ثم تتبعها بعد ذلك الصعوبات في القدرة على قراءة فكر الآخرين أو وجوههم، وهذا ما تحدثت عنه «نظرية العقل».

وبذلك نرى أن ثلاثة من أربعة شروط يجب توافرها حتى تعتبر الصعوبة أو المشكلة أساسية لتشخيص التوحد لم تتوافر لفرضية «نظرية العقل»، فضلا عن بعض المشكلات والانتقادات الأخرى. ولقد حُددت المشكلات التي اعترت تلك النظرية كالتالي:

1 - أن فرضية «نظرية العقل»، في الوقت الذي قدمت فيه تفسيرا واضحا لكثير من الأعراض لدى التوحديين، مثل الإعاقات الاجتماعية، واللغوية، والصعوبات في اللعب، لم تقدم تفسيرا لأعراض أخرى مثل السلوك النمطي، والذاكرة القوية التي لا يمكن توظيفها لهدف ما، والإصرار على إبقاء الأشياء كما هي من دون تغيير.

2 - يعتقد بعض الباحثين أن ما نلاحظه من صعوبات في الوظائف التي تتحدث عنها «نظرية العقل» يرجع إلى الصعوبات والمشاكل اللغوية التي يعانيها التوحديون. حيث إن هذه الصعوبات هي التي تحدد الكيفية التي يفهم بها الفرد الوظائف والمهارات المتضمنة في «نظرية العقل».

3 - يعتقد بعض الباحثين أن الصعوبات المعرفية والصعوبة في التخطيط والتنسيق لتحقيق هدف معين هي المسؤولة عن العجز في المهارات التي تحدثت عنها «نظرية العقل»، وأخيرا فإن ما تحدثت عنه تلك النظرية من وظائف معرفية لم تكن دقيقة أو محددة. ومعنى هذا أننا في محاولتنا قياسها قد نقيس مجموعة أخرى من العمليات العقلية المختلفة وغير المشمولة بهذه النظرية.

التماسك المركزي

تعتقد الباحثة أوتا فريث وزملاؤها أن الإعاقات المعرفية الأولية والأساسية التي يعانيها التوحديون ترجع إلى عجز أولئك الأطفال وافتقارهم إلى ما أسمته دافع «التماسك المركزي» [10]، وهو الطاقة التي تنشأ لدى الأفراد الطبيعيين وتدفعهم إلى دمج وتنظيم المعلومات المستقاة من البيئة حولهم، لكي يصل الفرد منهم إلى تفسير وفهم شامل للمواقف التي يواجهها من خلال قراءة أفكار الآخرين ونواياهم ونظرات أعينهم وإيماءاتهم وغيرها من الإشارات والتلميحات البيئية المهمة. ويضيف الباحثون أن الفشل في فهم الإيحاءات والإشارات القادمة من البيئة بشكل مناسب سيفسر لنا سلوك أحد الأطفال في بحث أجرته فرانشيسكا هابز (Francesca Happes)، حيث عُرضت على ذلك الطفل لعبة على شكل سرير وطُلب منه أن يتعرف على الشيء المستطيل بالقرب من رأس السرير، فأجاب: «قطعة رافيولي»، وهكذا ترجم الطفل الشيء المستطيل على مستوى محدود جدا يتناسب ومركزية التفكير لديه، ولكنه فشل في فهم السمات الأخرى للموقف الكلي أو التعرف عليه، فلو أن الطفل استطاع استيعاب الموقف بشكل كامل لكانت استجابته «هي الوسادة»، وكما نرى فهي تختلف تماما عن استجابته الأولى [11].

قدمت فريث مجموعة من التفسيرات والمفاهيم المهمة التي لها فوائد عدة في تفسير ما يعانيه التوحديون من صعوبات، فهي لم تقتصر على تفسير الصعوبات في الانتباه المتلازم، أو قراءة أفكار ومشاعر الآخرين فقط، ولكنها قدمت تفسيرا لبعض السمات العامة الأخرى للتوحد مثل الإصرار على عدم التغيير وإبقاء الأشـياء على حالها، والسلوك المتكرر والنمطي، ومحدودية الاهتمامات. هذه الأنماط السلوكية تفترض انخفاض الاهتمام، وعدم فهم التلميحات والرموز الموجودة في البيئة من حوله. وبالتالي عدم قدرة الفرد على استقبالها واستيعابها.

لقد حاولت فريث وزملاؤها من الباحثين، الذين افترضوا أن العجز في المعارف والمدركات الاجتماعية من الأعراض الأولى والأساسية للتوحد، أن يحددوا الأساس العصبي الذي يستطيع تفسير الدافع للتماسك المركزي، والأهم من ذلك التعرف على السبب الذي يمنع تكونه وتطوره عند التوحديين، بيد أن ذلك الأساس العصبي لم يُحدَّد حتى يومنا هذا.

الوظيفة التنفيذية

إحدى صور العجز المعرفي، التي يفترض أن تكون عرضا أساسيا لتشخيص التوحد هي الصعوبة أو العجز عما يُعرف بوظيفة التخطيط والإدارة، وتعني القدرة على رسم الخطط لتحقيق أهداف معينة والوصول إليها. ولكي يستطيع الفرد أن يخطط لسلوك يسعى من ورائه إلى تحقيق هدف معين، يتعين عليه تحديد ذلك السلوك والتعرف على عدد التغيرات والعوامل موضع الاهتمام، أو الخطوات التي يجب اتباعها لتنفيذ ذلك السلوك، ومن ثم يعمد إلى دراستها واختيار أفضل الخطط لاتباعها. هذه العملية تعني رفض بعض الخيارات أو الخطط التي قد تكون مباشرة، ولكنها تتضمن بعض العيوب أو العقبات وتبني إستراتيجية أخرى وإن كانت أقل مباشرة وأكثر تعقيدا. إن مرونة الفرد في التفكير وقدرته على تعديل أو تغيير ترتيبات أو مراحل العمل التي كان قد خطط لها مسبقا في ظل تغير الأوضاع والمعطيات عنصر أساسي من عناصر الوظيفة

التنفيذيــة. ولقد عُرف عن الأطفال التوحديين أن لديهم صعوبة في وضع الخطط وتنفيذها، ما جعل الباحثين في الميدان يفترضون أن هذه الإعاقة أو الصعوبــة هي الســبب في الأعراض والصعوبات الأخــرى مثل القدرة علــى قراءة أفكار الآخرين وفهم تعبيرات وجوههم، والتفاعل معهم بصورة مناســبة، وهي المهارات التي تحدثــت عنها «نظرية العقل»[12]. فكما جاء فــي نظرية العقل أن على الفرد أن يدرس احتمالات أو نماذج وصورا عدة ليصل إلى فهم مشــاعر واحتمــالات ورغبات الآخرين، بما في ذلك كيفية تفكير فرد آخر، وهي أحد أوجه العجز الأكثر وضوحا لدى التوحديين.

تستطيع فرضية الوظيفة التنفيذية أن تفسر لنا بعض سمات التوحد، بما فيها الصعوبات التي تحدثت عنها نظرية العقل، بالإضافة إلى تفسير بعض الأعراض الأخرى للتوحد مثــل محدودية الاهتمامات، والإصرار على عدم التغيير وإبقاء الأشــياء كما هي. حيث إن تلك الأعراض تشــير إلى الجمود في التفكير. كما تســاعد هذه الفرضية أيضا على تفسير بعض السلوكيات الأخرى التــي نلاحظها في التوحد، مثل الانغماس والتركيز الشــديد جدا في موضوع دون غيره، والاســتغراق في العزلة والعمل الفردي، بيد أن هذا العرض فشل في أن يعتبر عرضا أساسيا للتوحد ومتطلبا لتشخيصه. فهو لا يخص التوحديين دون غيرهم من المعاقين. فقد تبين أن العجز عن التخطيط موجــود لدى فئات أخرى من المعاقين مثل المصابين بنقص الانتباه والإفراط الحركي، ومتلازمة توريت، والوســاوس القهرية، والفصــام، بالإضافة إلى التوحد. وفــوق كل ذلك، فإن الفرضية التي وضعها الباحثون والتي تشــير إلى أن الفص الأمامي من القشرة الدماغية هو الأساس البيولوجي المحتمل لاضطراب الوظيفة التنفيذية لم تثبت صحتها حتى يومنا هذا.

العجز في الجانب الانفعالي

العاطفة

في أول وصف قدمه ليوكانر، في العام 1943، للأطفال التوحديين أوضــح أن هؤلاء الأطفــال يولدون بعجز فطري يمنعهــم من التواصل العاطفي الطبيعي مع الآخرين. ويعكس عنوان مقال كانر التاريخي عن

التوحد بعنوان «الاضطرابات التوحدية للتواصل العاطفي» اعتقاده أن عدم القدرة على التواصل العاطفي والانفعال مع الآخرين هو الإعاقة المركزية والأساسية في التوحد. وأن ما نلاحظه بشكل دائم من معاملة الطفل التوحدي للآخرين من حوله، كأنهم قطع أثاث وليسوا بشرا لهم مشاعرهم وأحاسيسهم، يعتبر دليلا على ذلك الاعتقاد. إضافة إلى ذلك فإن ما يظهره أولئك الأطفال من أعراض مثل الاستخدام المحدود جدا للتواصل البصري، والجمود الانفعالي، وتجنب الآخرين والبعد عنهم، والانفعالات غير المناسبة للموقف أو الظروف المحيطة بهم أحيانا، كل ذلك يشير إلى أن هؤلاء الأطفال غير مرتبطين عاطفيا مع العالم والبيئة من حولهم ومنفصلون عنهما. ويعتقد بعض الباحثين أن العجز عن التواصل الانفعالي مع الآخرين هو العرض أو العجز الأساسي للتوحد.

وفي حقيقة الأمر فإن كثيرا من الأدلة ونتائج الأبحاث تساند وجهة النظر التي مفادها أن الأطفال التوحديين يعانون صعوبات عميقة وأساسية في استيعاب وفهم التعبيرات الانفعالية للآخرين، كذلك فهم الانفعالات المرتبطة بالمواقف المختلفة.

ومن الأمثلة على ذلك، ما نتج من إحدى الدراسات التي قارنت مجموعة من الأطفال التوحديين بمجموعة أخرى من غير التوحديين في القدرة على تصنيف مجموعة من الصور إلى فئات وفق العمر، والنوع، وتعبيرات الوجه، ونوع القبعة التي يلبسها الأفراد في الصور [13]. ففي الوقت الذي صنف فيه الأطفال غير التوحديين الصور وفق تعبيرات الوجه، فإن الأطفال التوحديين صنفوها وفق تصميم القبعة التي يرتدونها. كما فشل التوحديون في تصنيف الصور وفق تعبيرات الوجه عندما طُلب منهم ذلك بشكل صريح ومحدد. وتعتبر النتائج التي أمامنا واقعية ومعتدلة، وهي لا تشير إلى أن الأطفال التوحديين لا يميلون إلى فهم تعبيرات الوجه فقط، بل إنهم عاجزون عن ذلك أيضا. وفي دراسة مشابهة، عُرضت مجموعة من الصور لوجوه يعبر بعضها عن الحزن وأخرى عن السعادة، ووجوه أخرى تعبر عن الخوف، وغيرها

تعبر عن الغضب، على مجموعة من الأطفال التوحديين ومجموعة ثانية لأطفال متخلفين عقليا، ومجموعة ثالثة من الأطفال العاديين، وطُلب من كل مجموعة أن تطابق وتربط ما تراه من الصور مع كلمات مناسبة، ثم التعبير بالحركات والإيماءات عن المعنى الذي تشير إليه الصور [14]. وكان أن تمكن الأطفال العاديون والمتخلفون عقليا من مطابقة الصور بالإيماء والكلمات المناسبة بسهولة، غير أن الأطفال التوحديين لم يستطيعوا ذلك وكان أداؤهم ضعيفا جدا. أما عندما طُلبت من الأطفال التوحديين المطابقة والربط بين أصوات وصور لحيوانات معينة فكان أداؤهم مطابقا لأداء غيرهم من الأطفال.

مظهر آخر من مظاهر الصعوبة التي يواجهها الأطفال التوحديون في فهم الحالة الانفعالية والعاطفية للآخرين وتقديرها هو الجمود العاطفي الذي نلاحظه عندهم. ففي دراسة أُجريت لتقييم التفاعل الانفعالي لدى هؤلاء الأطفال بهدف تشخيصهم، سأل الباحث آباء الأطفال التوحديين عن ردة فعل أطفالهم عندما يصاب الآباء بضرر أو يشعرون بالحزن أو المرض. وكانت إجابة أغلبية الآباء، أن أطفالهم التوحديين لا يلاحظون أو يدركون معاناتهم ولا يحاولون طمأنتهم، على العكس تماما من ردة فعل الأطفال العاديين الذين يشعرون بالأسى لمرض الوالدين ويحاولون التخفيف عنهما واحتضانهما، وغير ذلك من صور التعبير عن الاهتمام والحب. وقد شاهدت أمثلة على هذا السلوك في شريط فيديو عن دراسة أجرتها الدكتورة ميريان سيغمان من جامعة UCLA، إذ قارنت ردود الفعل العاطفية لمجموعة من الأطفال التوحديين بمجموعة من الأطفال العاديين ومجموعة أخرى من الأطفال المتخلفين عقليا. وفي تلك الدراسة كانت الباحثة تجلس بجانب الطفل وهي تحمل لعبة على شكل مطرقة وتتظاهر بأنها تضرب نفسها بتلك المطرقة قائلة: «أخ»! وهي ممسكة بيدها المصابة ووجهها يعبر عن الحزن والتوتر، ثم تتابع ردود أفعال الأطفال التي اختلفت بصورة تدعو إلى الدهشة، إذ أبدى الأطفال الطبيعيون كثيرا من الاهتمام والتعاطف والقلق وعرضوا عليها المساعدة. كذلك فعل الأطفال المتخلفون عقليا،

وإن كان سلوكهم قد تميز بالبساطة. في حين فشل معظم الأطفال التوحديين في إبداء أي اهتمام أو تعاطف مع معاناة الباحثة، بل إن البعض منهم تحرك وأخذ اللعبة التي كانت معها وبدأ يلعب بها. والمثير حقا (والذي يمنحنا الأمل في الوقت نفسه) أن هذا الجمود الانفعالي والعاطفي بدا أقل وضوحا وشدة لدى التوحديين الذين يتمتعون بقدرات وظيفية جيدة نسبيا. وهناك باحثة أخرى قارنت ردود أفعال مجموعة من التوحديين الذين يتمتعون بقدرات وظيفية وعقلية جيدة، بمجموعة أخرى ممن يعانون أعراضا توحدية شديدة، وذلك فيما يتعلق بردود فعل المجموعتين على معاناة الباحثة التي ضربت ركبتها بالمنضدة وصرخت: «أخ»! مع إعطاء تعبيرات الألم على وجهها، فكان أن التوحديين الذين يتمتعون بقدرات عقلية جيدة نسبيا أدركوا معاناة وألم الباحثة ولاحظوها، ولكن استجابتهم الفعلية كانت ضعيفة وتنم عن عجز، أما مجموعة التوحديين الذين يعانون سمات أكثر شدة، فقد فشلوا في ملاحظة معاناة الباحثة وألمها، كذلك في الاستجابة أو القيام بأي فعل للمساعدة [15].

ويعتقد بيتر هوبسون (Peter Hobson) أحد أكبر مؤيدي هذه النظرية، أن العجز الفطري المتمثل في عدم إدراك التوحديين لمشاعر وانفعالات الغير ومن ثم التجاوب معها، يعيقهم ويمنعهم عن التفاعل الاجتماعي، وهو الأمر الضروري لتكوين القدرة على فهم الآخرين وقراءة أفكارهم وتعبيرات وجوههم والاستجابة لها بشكل مناسب، وهو ما سمي بـ «نظرية العقل» [16]. ويعتبر هوبسون أن هذا العجز الانفعالي والعاطفي سابق في حدوثه على ما يسمى بـ «نظرية العقل»، أي أنه عرض يتميز بالأولية.

مرة أخرى، إن النظرية التي تشير إلى أن الاضطراب العاطفي والانفعالي لدى التوحديين سمة أساسية وأولية من سمات التوحد لم تتوافر لها الشروط والمعايير الضرورية حتى يمكن اعتبارها عرضا أساسيا لتشخيص التوحد، فمن المعروف أن الاستجابات الانفعالية والعاطفية تختلف بشكل كبير وواضح بين الأفراد باختلاف قدراتهم الوظيفية،

وعلى الرغم من أن كثيرا من أعراض العجز والشـذوذ الاجتماعي تبدو مرتبطة بالتوحد بشكل خاص، فإنه ليس من المؤكد أن هذا العجز أو هذه السمة تحدث قبل غيرها، أي أن لها أسبقية الحدوث.

العجز عن الانتباه والاستثارة (الاستجابة)

يعتقـد بعض الباحثين أنه يمكن إرجاع الأعراض الأساسـية للتوحد إلى الاضطراب في الاستثارة العصبية والانتباه الذي يعانيه التوحديون. وأن هذه الأعراض تشكل الأساس في تشخيص التوحد، كما أن الاستثارة العصبية والانتباه عمليتان يفترض وجودهما لدى الفرد قبل القدرة على التفسـير والإدراك. وقد لوحظت صعوبة الانتبـاه لدى التوحديين منذ سـنين عديدة. ففي الدراسة التي أجراها كانر في العام 1943 وجد أن التوحديـين يبدون كأنهم لا يلاحظون الآخريـن من حولهم. علاوة على ذلـك، هم لا يتجاوبون عندما يناديهم أحد بأسـمائهم، بينما قد يبدون اهتماما شديدا بالنظر إلى تصميم ورق الجدران أو الاستماع إلى حفيف ورقة الشـيكولاتة مثلا. ويوحي هذا العجز الحسي «الواضح» بأن هؤلاء الأطفال يعانون اضطرابا في الانتباه وليس عجزا عن استقبال المدخلات والمثيرات الحسـية. لقد أجريت مع زملائي سلسـلة من الدراسات [17] التي دلت على أن كثيرا من الأطفال التوحديين «انتقائيون» في انتباههم. ومعنى ذلك أننا لو وضعنـا الأطفال التوحديين في موقف وطُلبت منهم الاسـتجابة لعدة مثيرات في وقت واحد، فإنهم سيختارون مثيرا واحدا فقط للاسـتجابة له. ففي دراسة أولية، على سـبيل المثال، قمنا بتعليم مجموعة من الأطفال التوحديـين ومجموعة أخرى من المتخلفين عقليا غيـر التوحديين، ومجموعة ثالثة من الأطفال العاديين، الضغط على زر معين عندما تُعرض عليهم أو تُقدم لهم مجموعة مكونة من ثلاثة مثيرات هي: مثير بصري (ضوء أحمر)، ومثير صوتي (صوت غير شديد أو غير مؤذ)، ومثير حسي باللمس (ضغط بسيط على الساق) وقُدمت المثيرات معا. وجرى تعليم الأطفال فـي المجموعات الثلاث التمييز بين المثيرات المختلفة، ثم أجروا تجربة لتحديد أي المثيرات الثلاثة انتبه إليه الأطفال

وتعلموا الاستجابة له، وذلك بأن أجروا اختبارا تجريبيا يعرض كل مثير على حدة (مثــلا الضوء الأحمر فقط). وكانــت النتائج بمنزلة مفاجأة للباحثين، ففي الوقت الذي تعلم فيه الأطفال الطبيعيون الاستجابة لكل مثير عندما قُدم لهم كل على حدة، تعلم الأطفال التوحديون الاســتجابة لمثير واحــد فقط عندما يقدم بمفــرده مثل اللون الأحمــر. ولكنهم لم يســتجيبوا للمثيرين الآخرين، السمعي والحســي (اللمس) عندما قُدم كل واحــد بمفرده، أما الأطفال المتخلفون عقليا من غير التوحديين فقد تراوحت اســتجاباتهم بــين التوحديين والطبيعيين إلــى حد ما. وهناك دراســات عدة لاحقة لهذه الدراسة أظهرت تلك الصعوبة في الاستجابة للمثيرات المتعددة لدى الأطفال التوحديين حتى عندما تضمنت التجربة مثيريــن مختلفين من حيث النوع أو مثيرين من نــوع واحد (أي مثيرين كلاهما بصري).

ولقد كانت النتائج محيرة لأســباب عدة. أولا وقبل كل شيء، ساعدت تلك النتائج على تفسير الصعوبات الجمة التي يواجهها الأطفال التوحديون في تعلم مهــارات جديدة، بالإضافة إلى المســاعدة في فهم بعض أنماط الســلوك الغريب للتوحديين الذي كثيرا ما لاحظناه، خصوصا في المواقف الاجتماعيــة. مثال على ذلك، ما تحدث عنه والد أحد الأطفال التوحديين الذي يســتخدم نظارة طبية، أنه عندما أزاح النظارة عن عينيه تعامل معه طفله التوحدي كأنه شــخص غريــب. طفلة أخرى كانــت تصاب بالتوتر الشديد عندما تلبس والدتها حذاء جديدا. طفل ثالث رفض السماح لوالدته بارتداء فســتان جديد. وأذكر أحد الأطفال ممن عملت معهم عدة أشهر، كيف أنه عجز عن التعرف عليَّ بعدما قصصت شــعري. وقد افترضت أنا وزملائي أن الانتباه الانتقائي والضعف الشديد في التركيز عند التوحدي يشكلان الأساس لبعض الأعراض التوحدية الأخرى، بما في ذلك الصعوبة في التفاعل الاجتماعي وفي الاستجابة للبيئة من حوله.

في دراســة أخــرى مثيــرة للاهتمام، دربنــا مجموعة مــن الأطفال التوحديين، ومجموعة من الأطفال الطبيعيين، على التمييز بين دمية أنثى دعوناهــا «باربي» ودمية ذكــر أطلقنا عليها «كــن» [18]، وذلك في تجربة

للتأكد مـن الفرض السـابق، ومُفـاده أن الانتباه الانتقائـي والعجز في التركيز يشـكلان الأساس لبعض السـمات التوحدية، خصوصا ما يتعلق منهـا بالتفاعـل الاجتماعي. وكانـت الدمية الأنثى تلبس حـذاء ذا كعب عال، وجوارب نسـائية، وبلوزة و«جاكيت»، وكانت شـقراء الشـعر، بيضاء البشـرة، وزرقاء العينين، أما اللعبة الذكر فقـد كان يرتدي حذاء من نوع أكسفورد، وجوارب، وبنطلونا، وقميصا، و«جاكيت»، وكان شعره بني اللون، وبشرته حنطية، وعيناه بنيتا اللون، بمعنى أنه كان هناك كثير من الصفات للتمييـز بين الدميتين، فلم يكن هناك أي تشـابه بينهمـا. وبعد أن تدرب الأطفـال على التمييز بـين الدمية الأنثى والدمية الذكـر بكل دقة، بدأنا تبديل الملابس التي ترتديها الدميتان قطعة بأخرى (البنطال بالتنورة على سـبيل المثال)؛ وذلك لنـرى أيا من تلك المؤشـرات كان الأطفال يعتمدون عليـه للتمييز بين الدميتين. كما أجري اختبـار صغير آخر بتغيير رؤوس الدمـى وإبقاء بقية الجسـم (الأجزاء المرتدية للملابـس) من دون تغيير. وأكدت تلك التجارب الفرض الذي يفيد بأن الانتباه الانتقائي يمارس دورا في الصعوبات والمشـاكل التي يعانيها الأطفـال التوحديون، خصوصا في مجال الاستجابات والمعارف الاجتماعية، ذلك أن الأطفال التوحديين كانوا يحددون جنس الدمية بناء على شـيء خاص ومحدود جدا مثل الحذاء أو الجـوارب أو الجاكيت أو القميص، وليس علـى الصورة الكلية. مثال على ذلـك قول التوحـدي إن الدمية التي ترتدي التنورة هـي «البنت» حتى لو كانت الدمية التي ترتدي التنورة هي الدمية الولد (كن) في جميع السمات الأخرى، في الوقت الذي حدد فيه الأطفال الطبيعيون استجابتهم بناء على رأس الدميـة. وعلى الرغم من أن البعض قد يجادل بأن الاسـتجابة لمثير كالدمية ليس كالاسـتجابة لأفراد حقيقيين، وهي في الواقع نتائج محيرة، تعكـس ما أُثبت من صعوبات يعانيها التوحديون في التعرف على الآخرين وفي العلاقات الاجتماعية.

دعنا ننظر على سـبيل المثال إلـى الموقف التالي: حيـث تلتقي طفلة توحديـة رجلا يرتـدي قميصا أخضـر، فعلى اعتبـار أن الطفلة انتبهت للقميص الأخضر فقط، ثم التقت الرجل نفسـه مـرة أخرى وهو يرتدي

قميصا أحمر، فإنها لن تتعرف عليه على أنه الرجل نفسه الذي قابلته في السابق وكان يرتدي قميصا أخضر. وينطبق هذا على النظارات أو الأحذية أو الفساتين.

والسؤال هو: لماذا لم يستخدم الأطفال التوحديون الرأس للتمييز بين الدميتين؟ هناك احتمالات عدة للإجابة عن هذا السؤال، أحدها أن هؤلاء الأطفال تعلموا أن الرأس يحتوي ويشمل تفاصيل وسمات عدة، وهذه السمات تتغير وتتحرك كلما ابتسم الإنسان، أو حرك حاجبيه وغير ذلك. وربما لأن تعدد سمات الوجه أدى إلى تقديم مجموعة كبيرة جدا من السمات والإشارات للطفل في وقت واحد. وهكذا، من المحتمل أن يكون هؤلاء الأطفال قد تعلموا من خلال خبراتهم أن يستندوا في تمييزهم إلى سمات ثابتة وغير متغيرة كالقميص مثلا.

وفي الوقت الذي يعتبر فيه الانتباه الانتقائي (جدا) للمثيرات مرتبطا بالعمر العقلي (بمعنى أنه يزداد مع زيادة الانخفاض أو التدهور في القدرة المعرفية)، فهو أيضا يتفق إلى درجة كبيرة مع نتائج دراسات أخرى حول الاضطراب في الانتباه لدى التوحديين.

فقد أثبت كورشيسن وزملاؤه (Courchesne . et al) أن التوحديين يعانون من صعوبات في تحويل انتباههم من شكل أو نموذج إلى آخر [19]. هذه الصعوبة في تحويل الانتباه قد تساعدنا على تفسير أو معرفة السبب وراء صعوبة أخرى لوحظت لدى التوحديين، وهي الانتباه الانتقائي وكذلك تفسير الصعوبات في الانتباه المتلازم، وهي صورة من صور العجز عن التفاعل الاجتماعي. بيد أن بعض الفئات الأخرى تعاني صعوبة في تحويل الانتباه من موضوع إلى آخر من دون أن تظهر عليهم الصعوبات الاجتماعية التي يتسم بها التوحديون. فالأطفال المصابون بمتلازمة داون أوالإفراط الحركي يعانون أيضا عدم القدرة على تحويل انتباههم من موضوع إلى آخر، ولكنهم يتجاوبون مع الآخرين ويمتلكون بعض المهارات الاجتماعية. ومن ثم يمكننا استنتاج أن الانتباه الانتقائي والصعوبة في تحويل الانتباه من موضوع إلى آخر ليسا صفة أو خاصية للتوحد دون غيره من الاضطرابات، وهكذا لا

تنطبق عليه الشـــروط ليكون إحدى صور العجز الأساسية والضرورية لتشـــخيص التوحد. ومع ذلك فمن المحتمل جـــدا أن تمارس الصعوبة أو الانحـــراف في الانتباه دورا مهما فـــي الأعراض التوحدية الأخرى. فإذا كانت الطفلة (مثلا) لا تســـتطيع أن تركز انتباهها بفاعلية وكفاءة فإن ذلك ومن دون شـــك ســـيؤثر في الطريقة التي تستجيب بها للبيئة الاجتماعية وغير الاجتماعية من حولها.

إن الانتباه للبيئة مرتبط وبشـــكل أساســـي وعميق بالمســـتوى العام للاســـتثارة عنـــد الفـــرد (أي تجاوبه مـــع المثيرات من حولـــه)، ويقترح البعض أن الصعوبة فـــي الانتباه والتركيز التي يعانيها التوحديون ترجع إلى انحراف أو اضطراب في مســـتوى الاستثارة لديهم، بل إن انحراف أو شـــذوذ الاســـتثارة الانفعالية يسبق سلســـلة من الأعراض التي تعتبر صعوبـــات أساســـية للتوحد. ومن هنـــا افتُرضت مســـؤولية اضطراب الاستثارة الحسية عن التوحد.

لقد افتـــرض بعض الباحثين ســـابقا، أن الأطفـــال التوحديين يعانون صعوبات في الاســـتثارة بشـــكل مزمن، وبالتالي لا يســـتجيبون للبيئة من حولهم بالشـــكل المناســـب [20]. وجرى افتراض وجهة النظر هذه لتفسير فشـــل الأطفال التوحديين في الاســـتجابة والانتباه لكثيـــر من المثيرات أو الإيماءات فـــي البيئة من حولهم (خصوصـــا الاجتماعية منها)، مما أفرز عجـــزا لدى هـــؤلاء الأطفال عن تعلـــم أو التعرف على البيئـــة من حولهم بشـــكل جيد. وتسعى هذه النظرية أيضا إلى تفسير السلوك النمطي لدى التوحديين، مثل الاستثارة الذاتية، الذي يعتبر محاولة من الطفل للوصول إلى مستوى مناسب من الاستثارة الانفعالية، وذلك باستثارة ذاته من خلال الاهتزاز، أو التحديق في الضوء فترة طويلة، أو الهمهمة بشـــكل مســـتمر، وغيرها من أنماط سلوكية مشابهة.

جـــاءت مجموعة أخرى من الباحثين بافتـــراض آخر هو أن الأطفال التوحديين لديهم قابلية كبيرة جدا للاستثارة، ويستثارون نتيجة التعرض لأي درجة من درجات المثيرات الخارجية [21]، وبالتالي فهم غير قادرين على التركيز أو الانتباه لمثيرات عدة في وقت واحد، ونتيجة لذلك وجدوا

أنــه من الضروري تقليل مســتوى الإثارة وعدد المثيــرات في البيئة من حولهم، وذلك بالانســحاب من العالم الاجتماعي شديد التعقيد ومتعدد المثيــرات. ولأن المواقــف الاجتماعيــة تتضمن مســتوى عاليا جدا من الاستثارة بالنسبة إلى هؤلاء الأطفال، فقد تعلموا أن يتجنبوها بالتراجع إلــى عالمهم الخاص والمألوف لهم. أما الاســتثارة الذاتية فقد فســرها بعض الباحثين بأنها وسيلة لصد أي استثارة إضافية من العالم الخارجي يتعرض لها هؤلاء الأطفال.

بالإضافة إلى وجهات النظر المتناقضة أو المختلفة بشأن هذا الموضوع، هناك فرضيات تشــير إلى أن الأطفال التوحديين يعانون حالة خاصة بهم وهي عبارة عن المراوحة بين شــدة الاستثارة وضعفها، وأنهم لا يستطيعون تكييف اســتجاباتهم مع هــذا التغير [22]. مع ذلك، فإن التغير بين شــدة وضعف الاســتجابة قد يفســر لنا الاختلاف الذي نلاحظه في استجابة التوحديين للأفراد والأشياء أو المواقف باختلاف الوقت، حيث إن مستوى اســتجابتهم للعالم المحيط بهم في وقت ما يعتمد على مســتوى الاستثارة لديهم في ذلك الوقت.

وعلى الرغم من أن لكل نظرية من النظريات المتعلقة بالاســتثارة لدى التوحديين مؤيديها، كما أنها وجدت بعض الأدلة المساندة (خصوصا فيما يتعلق بالاستثارة الزائدة)، فإن الحقيقة الثابتة تبقى في فشل الأبحاث في إثبات تلك النظريات بشكل قاطع.

مع أخذ مســتويات الاستثارة المختلفة التي طرحتها النظريات السابقة فــي الاعتبار، يغــدو من الصعب علينــا افتراض أي منهــا كإحدى صور العجز الأساســية للتوحد، حيث لم تتوافر فيها كامل الشروط التي تؤهلها لذلك. وعلى الرغم من أن الاضطراب في مســتوى الاســتثارة صفة تتسم بالاستمرارية (دائمة) والأســبقية على غيرها من الأعراض، فإنها ليست صفة خاصة بالتوحديين، فضلا عن أن الاضطراب في مســتوى الاستثارة لدى التوحديين والذي طرح من قبل على أنه عرض من الأعراض الأساسية للتوحد يشــير إلى أننا قد نعرف يوما أن مســتوى الاســتثارة أكثر أهمية وتأثيرا مما نعتقد الآن.

مشاكل في التقليد

افتــرض الباحثــون أن العجز عن تقليد الآخريــن هو أيضا إحدى صور العجز الأساســية للتوحد، وإذا أدركنــا أهمية الدور الذي يؤديه التقليــد في النمو الطبيعــي للطفل، يصبح هذا الفــرض منطقيا. إن تقليد البالغين من أوائل السلوكيات التي نلاحظها عند الأطفال الرضع، ويستمر ذلك طوال مراحل النمو، حيث إن تقليد النماذج السلوكية يقدم للطفل مســلكا مهما ومكثفا للتعلم. ولنا أن نتخيل كم يكون تعلم الطفل قاصــرا إذا لم يكن قــادرا على تقليد النماذج الســلوكية للآخرين من حوله والاعتماد عليها.

ولقد أظهرت الأبحاث المتعلقة بالنمو - بوضوح - العلاقة أو الارتباط بين التقليد والسلوك الاجتماعي، والتواصل، والتعاطف، واللعب، وغيرها من الأنماط السلوكية التي تعتبر أساسية في نمو الطفل الطبيعي. فإذا كنا نعلم أن هذه السلوكيات هي بالضبط مجال الاضطراب الذي يعانيه الطفل التوحدي (وهي أيضا من متطلبات التشــخيص)، فمن المنطقي افتراض أن العجز عن التقليد يؤثر بعمق في ســلوك الطفل ويقود إلى ما نلاحظه من معاناته في مجــالات مثل: التواصل، واللعب، وغيرهما من أنماط السلوك الاجتماعي. فهل يمكن أن يكون العجز عن التواصل نتيجة للصعوبات في التقليد؟ كما ذكر سابقا، بينت الأبحاث التي ركزت على النمو الطبيعي للأطفال أن التقليد يمهد لنشــأة وتشكيل الأساس لتعلم لغة التواصل. ومن هنا، يمكننا افتراض أن الإعاقة في القدرة على التقليد في سن مبكرة ســتؤثر بشكل سلبي في تطور مهارات التواصل لــدى التوحديين، كمــا أن هناك أدلة فعلية علــى الارتباط بين التقليد ومهارات التواصل لدى تلك الفئة. فقد أوضحت إحدى الدراســات أن تقليــد الأطفال التوحديين للأصــوات كان مرتبطا بقوة بالنمو التلقائي في القــدرة على التواصل [23]. ولقد وجدت وجهــة النظر هذه تأييدا من الدراســة التي بينت أن الأطفال الذين يقلدون بشكل جيد يتعلمون اللغة أفضل ممن يفشلون في التقليد [24]. هذا بالإضافة إلى ما أثبتته إحدى الدراســات الطولية من وجود ارتبــاط بين أداء الطفل التوحدي

في الوظائــف التي تتطلب القيــام بحركات جســمية والتدريب عليها (التقليد الحركي)، وتطور القدرة على التعبير اللغوي بعد ســتة شــهور مــن التدريب. وفضلا عن ذلك قدمت إحدى الدراســات دليلا على أن المقلدين الجيدين قادرون على اســتيعاب اللغة المحكية بشكل جيد [25].

وهكذا نرى أن هناك أساســا منطقيا للادعاء بوجود علاقة بين القدرة على التقليد ومهارات التواصل.

مــن الطبيعــي أن نضع فــي اعتبارنا أن القادرين علــى الكلام من التوحديــين يقومــون بالمصــاداة (أي التقليد وإعادة الــكلام)، إما بعد ســماعه مباشرة وإما بعد فترة من ذلك. ولقد افترض روجرز وبننغتون (Rogeres and Pennington) مشاركة عدة عمليات عقلية في المصاداة، وفي تقليد الإيماءات والحركات، وهذا يفســر لنا قدرة التوحديين على تقليد الكلام على الرغم من عجزهم عن تقليد الحركات [26]. ولكن هذه النظرية لا تفسر عجز التوحديين عن تقليد الأصوات.

فهل هناك علاقة بين القدرة على التقليد والفهم والتقدير الاجتماعي؟ وجــد هذا المجال كثيرا من الاهتمام، وذلك بســبب الاعتقــاد أن التقليد يشكل أساسا مهما لنشأة وتطور ما يعرف بـ «نظرية العقل» [27].

وبناء على هذا، فإن التقليد المبكر والمتبادل بين الرضيع ووالدته شــيء ضروري وأساســي لأنه يمكّن الطفل من إدراك أن سلوك الشخص البالغ يماثل سلوكه هو، وبما أن الطفل يدرك فيما بعد أن سلوكه الحركي مقصود، فإنه يلصق صفة النية (القصد) والإرادة على ســلوك الكبار، وهذا بدوره يســاعد الطفل على إدراك أن للآخرين إرادتهــم الخاصة بهم وكينونتهم المستقلة. وبالطبع فإن هذه العملية عنصر رئيسي ومهم في فهم العلاقات الاجتماعية وفهم الآخرين، وبالتالي نشأة «نظرية العقل». وبصرف النظر عن منطقية وجاذبية هذا الافتراض، مازال الواقع يشــير إلى أن الارتباط بين التقليد والفهم الاجتماعي وتفهم الآخرين لدى التوحديين أمرا شديد التعقيد وغير ثابت، بالإضافة إلى عدم وجود أبحاث تثبت أن فشل الطفل مثلا في إدراك أن الآخرين يقلدونه مرتبط بالصعوبات التي أشارت إليها نظرية العقل.

ولكن ما العلاقة بين التقليد والعجز عن اللعب لدى التوحديين؟ إن الأدلة التي تؤيد فرضية التقليد في هذا الجانب قليلة جدا. فنحن ندرك أن الطفل التوحدي يظهر صعوبة في مجال اللعب الرمزي والوظيفي، وندرك أيضا أنه على الرغم من عجز هؤلاء الأطفال عن المشاركة طواعية في تلك الأنشطة والوظائف، فإنهم يستطيعون القيام بها إذا وُضعوا في بيئة منظمة ومخططة بوجود تعليمات واضحة. وهكذا، فإن الارتباط بين القدرة على التقليد بحد ذاتها ومهارة اللعب لم تتضح أو تتحدد لدى الأطفال التوحديين، على الرغم من أنها واضحة ومحددة لدى الأطفال الطبيعيين.

اهتم الباحثون أيضا بدراسة العلاقة بين التقليد والعجز الشديد عن التعبير الانفعالي الذي نلاحظه لدى التوحديين. فمن المعروف أن التوحديين يعانون صعوبات في استيعاب وفهم تعبيرات الوجه، وفي الربط بين تعبيرات الوجه والعين بوصفها أسلوبا للتواصل؛ فضلا عن صعوبة كبيرة في التعاطف مع الغير. أما الأبحاث التي ركزت على عملية النمو الإنساني فقد بينت أن هناك ارتباطا بين التقليد ونمو وتطور السلوك الانفعالي والعاطفي لدى الفرد. والحقيقة، أن القدرة على تقليد التعبيرات الانفعالية للآخرين والتمييز بينها يمكن ملاحظتها لدى الأطفال الطبيعيين منذ عمر يومين. وعلى العكس من ذلك تشير أدلة كثيرة إلى أن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات في التقليد الانفعالي. ولعل الدراسة التالية توضح ما نرمي إليه، حيث قورنت مجموعة من الأطفال التوحديين بمجموعتين من الأطفال، الأولى تضم أطفالا متخلفين عقليا، والأخرى تضم أطفالا طبيعيين، وذلك فيما يتعلق بالقدرة على تقليد تعبيرات الوجه (تعبيرات انفعالية)، وتقليد بعض الأنشطة والحركات (تعبيرات غير انفعالية). وكانت النتيجة أن أداء الأطفال التوحديين كان أسوأ من المجموعتين الأخريين. كذلك كان أداء الأطفال التوحديين في تقليد التعبيرات الانفعالية أسوأ من قدرتهم على تقليد الحركات والأنشطة غير الانفعالية، مما اعتبر إثباتا ودليلا على عجز التوحديين عن التعبير الانفعالي أو فهم انفعالات الآخرين [28]. وعلى الرغم من

معرفتنـــا أن الأطفـــال التوحديين لديهم عجز عن تقليـــد الوظائف التي تتطلب معلومات انفعالية، فإننا لا نستطيع أن نجزم أن الإعاقة تكمن في التقليد ذاته، أو في القدرة على التعبير الانفعالي.

دعنا نناقش الآن ما إذا كان العجز عن التقليد يمتلك الخصائص التي تجعله عجزا جوهريا للتوحد.

أولا، هل العجز في التقليد خاص بالتوحد دون غيره من الاضطرابات؟ فالتوحديون يعانون صعوبات في تقليد كثير من الأنشـطة والوظائف، مثل حركات الجسم، واستخدام الرموز، واستخدام الأشياء بصورة وظيفية (مثل التمثيـل، أو اللعب الوظيفي)، فضلا عـن التعبير اللفظي وتقليد تعبيرات الوجـه، وذلك مقارنـة بالأطفال الطبيعيين والأطفـال المصابين بالتخلف العقلي (مـن غير التوحديين)، والمصابين باضطرابات أخرى [29]. ومن ثم يمكننا استنتاج أن العجز عن التقليد صفة خاصة بالتوحد على الرغم من بعض الاختلافات في نتائج الأبحاث حول هذا الموضوع.

ثانيـا، هل هذا العجز عام ودائم بين التوحديين؟ بمعنى: هل يعانيه كل التوحديين وباسـتمرار؟ إن نتائج الأبحاث في هذا المجال أكثر التباسـا. فعلـى الرغم من وجود أدلة على أن كل التوحديين، الذين يتمتعون بقدرات وظيفية وعقلية جيدة نسبيا، ومن لديهم قدرات ضعيفة، يعانون صعوبة في التقليـد، فإن هناك أدلة أخرى على أن هذه الصعوبات تقل مع التقدم في العمر [30]؛ ومن ثم يمكن ملاحظة هذه الصعوبات لدى التوحديين الرضع والأطفال صغار السـن أكثر منها لدى الأكبر سنا. خلاصة القول أن نتائج الأبحاث التي ذُكرت تشـكك في مصداقية النظرية التي تعتبر العجز عن التقليد من الخصائص الأساسـية للتوحد، خصوصا فيما يتعلق بمعياري العمومية والديمومة.

وأخيـرا، هل يمكننا أن نسـتند إلـى معيار الأسـبقية في الحدوث لنحكـم على العجز عن التقليد كشـرط للتشـخيص؟ يؤيد البعض هذا المعيار (الأسـبقية) بسـبب ما ثبت من أن التقليد يـؤدي دورا مهما في نمو التواصل والسلوك الاجتماعي والمعرفي لدى الأطفال. ومن المعروف أن التوحديين يعانـون صعوبات في هذا المجال. وحيث إنه من النادر أن

يشـــخص التوحدي قبل عمر سنتين أو ثلاث سنوات، فإنه يستحيل علينا أن نحدد، وبشـــكل قاطع، ما إذا كان العجز عـــن التقليد نتيجة لإعاقات أخرى أو سببا لها.

إن الفكرة التي تعتبر العجز عن التقليد إحدى الخصائص الأساســية للتوحد فكرة محيــرة، كما أنها إحدى النظريات التي اجتذبت قدرا هائلا مـــن اهتمام الباحثـــين وجهدهم. ومهما يكن من جاذبيـــة هذا الافتراض، تبقى الحقيقة هي تناقض نتائج الأبحاث في هذا المجال واستمرار الجدل بشأنه، وفي ظل الادعاءات الكثيرة والنظريات المختلفة يعتبر الوصول إلى نتائج حاسمة بهذا الصدد سابقا لأوانه. ففي الوقت الذي أيدت فيه بعض الأبحـــاث فكرة افتقار الأطفال التوحديين إلـــى مهارات التقليد، أوضحت دراســـات أخرى أن أولئك الأطفال لديهـــم بعض المهارات في هذا المجال. كمـــا تبين أن الصعوبات التـــي يواجهونها في تقليـــد التعبيرات الانفعالية وتعبيـــرات الوجه أشـــد من الصعوبات في تقليد الحـــركات أو الإيماءات. هـــذا الاختلاف في نتائـــج الأبحاث قاد المختصين إلـــى نتيجة مُفادها أن التقليـــد قد لا يكون ظاهرة لدى كل التوحديـــين، وأن هناك فروقا تتوقف على نوع الوظيفة أو الحركة المطلوب تقليدها، أو النشـــاط موضع البحث. ومـــن الأمور التي يجـــب مراعاتها والتأكد منها، ما إذا كان ما نلاحظه من صعوبات في مهارات التقليـــد يمثل عجزا حقيقيا في تلك القدرة، أم هي مجرد تأخر (فكما لاحظنا ســـابقا، يبدو أن هذه الإعاقة تختفي أو تنتهي تدريجيـــا مع تقدم الطفل في العمـــر). وفضلا عن ذلك لم نتأكد بعد مما إذا كانـــت هذه الصعوبة أو الإعاقة مرتبطة بالانتباه أو بالذاكرة أو بالفهم والاســـتيعاب، أو بالقدرة على التعبير عن النمـــوذج أو الحركة المقلدة. إن اختـــلاف نتائج الأبحاث في هذا المجال وعدم انســـجامها، بالإضافة إلى الاختـــلاف في طرق التقييم وفي اختيار المجموعـــات الضابطة والمقارنة، كذلـــك الاختلاف في تصميم البحوث، زادت الأمر تعقيدا وجعلت المقارنة بين الدراسات ونتائجها أمرا صعبا.

والســـؤال هو أيـــن نقف الآن مـــن تحديد الأعـــراض والخصائص الأساسية للتوحد؟

لا توجد إجابة مؤكدة عن هذا السؤال، فهناك كثير من الأعراض التي اقْتُرِحت بوصفها صعوبات أساسـية لتشخيص التوحد، بيد أن أيا منها لم يُؤكد بشكل قاطع، ومن ثم يغدو من المنطقي والمفيد جدا أن ننظر إلى التوحد على أنه مجموعـة إعاقات أو اضطرابات بدلا من البحث في الخصائص الأساسـية للتوحد على اعتبار أنه اضطـراب واحد. وهناك موضوع آخر للبحث وهو الأسـاس العصبي بوصفه عاملا مهما يشكل أسسا لأعراض التوحـد والصعوبات المتضمنة فيه. ففي أبحاثهم المتعلقة بالصعوبات التي ذُكرت سـابقا، افترض مؤيدو الأساس العصبي لأعراض التوحد مسؤولية جـزء من أجزاء الجهاز العصبي المركزي والممـرات العصبية عن الإصابة بالتوحد. غير أن الدراسات والأبحاث لم تثبت وجود علاقة سببية بين أي جـزء من أجزاء الجهاز العصبي أو وظيفته وبين إعاقة محددة حتى يومنا هذا، كما أن معظم الدراسـات التي ربطت بـين التوحد والجهاز العصبي المركزي كانت دراسـات ارتباطية في أفضل الحالات، أو مجرد افتراضات في أسـوئها. كما أن «نظرية العقل» المفترضة مازالت سـابقة أو أكبر من قدرتنا على التحقق.



6

تطوير علاجات فعالة للتوحد

– لقد وُضع السلوك الشديد الاضطراب للطفل التوحدي تحت السيطرة، وذلك بتطبيق مبادئ التدعيم الإجرائي. وكان ذلك ممكنا بتدعيم وتثبيت أنماط سلوكية عديدة، وتنويع خبرات الطفل السلوكية ومجالها. والأساليب التجريبية الحديثة أمدتنا بطرق موضوعية لضبط أنماط السلوك الحالي للطفل، بالإضافة إلى وسائل لتنمية سلوكيات جديدة مرغوب فيها تمكنه من التعامل مع البيئة بشكل مناسب.

تشارلز ب. فريستر وميريان ك. دوماير، المجلة الأمريكية للطب النفسي التقويمي، (1962).

إن نظام التدريب الذي يستخدم المدعمات «غير الطبيعية» وما يشابهها قد يكون هو المسؤول عن خلق ما نلاحظه من مهارات لفظية مرتبطة بمواقف محددة لدى أطفالنا التوحديين.

(**أو. إيفار لوفاس، «الطفل التوحدي»** 1977).

«أثبت الباحثون أن خفض معدلات السلوك المضطرب أمر يمكن تحقيقه، وذلك بتوفير الظروف البيئية المرتبطة بالمعدلات المنخفضة له، وإبعاد الظروف البيئية المرتبطة بالمعدلات العالية للسلوك المضطرب»

المؤلفة

هناك قدر كبير من التأييد العلمي للأساليب السلوكية الحديثة التي تستخدم طرق التعليم الطبيعية، والتي أثبتت كفاءة ليست فقط في تعليم الأطفال اللغة والكلام، بل التواصل أيضا.

(المعهد الوطني للأبحاث، كتاب «تعليم الأطفال التوحديين» 2001).

لا يوجد مجال أكثر إثارة للجدل في ميدان التوحد من العلاج؛ فنحن في هذا المجال نخوض في جدل يؤدي إلى جدل آخر. إن تاريخ التدخل العلاجي للتوحد يدعو إلى الأمل حينا وإلى الاكتئاب حينا آخر، ويكون مدهشا في بعض الأحيان. هو مدهش بسبب طبيعة هذا الاضطراب والتطور المعقد في علاجه. أما كونه سببا للاكتئاب فيرجع إلى البطء في تطور العلاج لدرجة الإحباط، بالإضافة إلى أن التحسن في كثير من الأحيان يكون طفيفا جدا أحيانا وغير موجود أحيانا أخرى. فنحن حتى الآن لم نصل إلى شفاء للتوحد. غير أن هناك أسبابا تدعو إلى التفاؤل، حيث تحقق تقدم حثيث في مجال التوحد في السنوات الأخيرة، وأصبح مستقبل الأطفال التوحديين أفضل بكثير مما كان عليه في السنوات القليلة الماضية. بالتأكيد كانت هناك أخطاء خلال تلك السنوات، لكن هذه هي طبيعة البحث العلمي. فنحن نتعلم من فشلنا، ونبني ونتطور اعتمادا على خطواتنا الناجحة. وفي هذا الفصل من الكتاب سنركز على تطوير أساليب علاجية للتوحد ذات كفاءة عالية.

قليل جدا من المختصين يعترض على أن أفضل الأساليب العلاجية للتوحد في أيامنا هذه هي الأساليب التي تعتمد على النموذج السلوكي. وفي الحقيقة، فإن العلاج السلوكي هو الأسلوب الوحيد الذي أثبت كفاءة وفعالية عملية مع حالات التوحد [1]. مما يشير إلى أن هذا الأسلوب يقوم على أساس علمي قوي، الأمر الذي مهد وساعد على تطوره وتقدمه بطريقة سريعة ومتسقة. والحقيقة أن التحسن والتطور اللذين طرآ على العلاج السلوكي للتوحد في الأربعين سنة الأخيرة يثيران الإعجاب فعلا.

ينطوي العلاج السلوكي للتوحد على التطبيق المنظم لمبادئ التعلم في علم النفس على السلوك الإنساني. وسميت الصورة الأصلية لهذا الأسلوب «التعديل السلوكي» أو «العلاج السلوكي»، على الرغم من وجود العديد من الأساليب العلاجية التي تفرعت منه والموجودة حاليا تحت مسميات عدة. ولقد اشتقت الأساليب السلوكية للعلاج من التحليل التجريبي للسلوك الإنساني. فالتعرف

على تلك القوانين (أو المبادئ) وتحديدها سيمكننا من التنبؤ بالسلوك وضبطه وبالتالي تطبيق تلك القوانين واستخدامها لتغييره. يطلق على دراسة وتطبيق هذه القوانين على المشاكل الاجتماعية المهمة (والتوحد أحدها بالتأكيد) «التحليل التطبيقي للسلوك»، ونحن ندين بالكثير لهذا الفرع من العلوم لمساعدته في وضع أسلوب فعال للتدخل العلاجي للتوحديين.

تاريخ مناهج العلاج النفسي السلوكي

لكي ندرك أهمية ما توصلنا إليه في علاج الأطفال التوحديين، يجدر بنا أن ننظر إلى السنوات التي ابتدأ فيها ذلك العلاج. إن تطبيق مبادئ التعلم في ميدان التوحد، كان ومازال ممكنا بواسطة أربعة أحداث رئيسية.

الحدث الأول هو الفشل الذريع للأساليب العلاجية التي استندت إلى الاعتقاد الخاطئ بأن التوحد اضطراب نفسي يرجع إلى اضطراب الأبوين نفسيا [2]. فالأساليب العلاجية التي قامت على هذا الاعتقاد كانت موجهة لعلاج الأبوين، غالبا الأم، أكثر من تركيزها على علاج الطفل. فحيث كان ينظر إلى الآباء على أنهم السبب في اضطراب سلوك أبنائهم، فإنهم هم من يحتاج إلى «العلاج». وهكذا خضع الآباء لبرنامج علاجي يتبع المنهج التحليلي، بينما وضع الأطفال في برنامج تحت رعاية آباء بدلاء، وذلك لـ «حمايتهم» من آبائهم الحقيقيين. غير أن العلاج النفسي القائم على أساس «تحليلي» لم تثبت فاعليته، وهذا ما سنذكره بمزيد من التفاصيل في هذا الكتاب لاحقا. ويكفي أن نقول: لو أن العلاج القائم على النموذج التحليلي أثبت نجاحا وفعالية، لما رأى العلاج السلوكي النور حتى يومنا هذا.

العامل الثاني الذي أدى إلى استخدام مبادئ التعلم لتعديل وتحسين سلوك الأطفال التوحديين هو عدم وجود أسلوب علاجي فعال قبل ذلك، أضف إلى ذلك أن العديد من هؤلاء الأطفال ينخرطون في سلوكيات مدمرة، وهو ما يرسم لنا صورة شديدة القتامة. لقد أدت ضخامة مشكلة التوحديين وفداحتها بالكثير من أولئك الأطفال إلى مؤسسات الرعاية الصحية قبل وصولهم سن البلوغ. قليل جدا من المدارس والعيادات كان لديها برامج فعالة لتدريب الأطفال التوحديين، وعدد أقل لديه أساليب في كيفية التعامل مع

بعض الأنماط السلوكية الملاحظة لديهم مثل نوبات الغضب، والهياج، وسلوك إيذاء الذات، والاستثارة الذاتية، والاندفاع. وفي الوقت ذاته، كان الآباء غير قادرين على التعامل مع أبنائهم في المنزل، الأمر الذي يمكن تفهمه؛ فعندما يكبر الأطفال التوحديون تصبح السيطرة عليهم بعيدة عن متناول الآباء، ويصبح الخيار الوحيد هو وضعهم في المؤسسات والمعاهد الحكومية الكبرى التي كانت ملاذهم الأخير لفترة طويلة. ونتيجة لذلك القرار المؤلم، عاش التوحديون في تلك المؤسسات داخل أجنحة تضم أطفالا آخرين يعانون من إعاقات أخرى شديدة، كما أن العلاج الفردي لم يكن متوافرا بشكل كاف، وذلك لكثرة أعداد المرضى، وعجز العاملين في تلك المعاهد عن التعامل معهم بشكل مناسب. ومع الأخذ في الاعتبار الحالة المزرية والكارثية للعلاج وندرته، أصبح العاملون في الميدان على استعداد لتجربة أو عمل أي شيء جديد أملا في مساعدة أولئك الأطفال.

لقد دخل السلوكيون عالم علاج التوحد بمجموعة من المبادئ والأساليب التي يمكن تطبيقها على كل الأنماط السلوكية حتى الشديد منها، وأثبت السلوكيون أكثر من مرة أن تطبيق مبادئ التعلم في العلاج يمكن أن يؤدي إلى تحسن بعض أشد أنواع الإعاقة لمن يعيشون في المؤسسات. وكان أحد أقدم الأدلة ما جاء عام 1958، في وصف التحسن الذي حدث في سلوكيات المعاقين الذين كانوا يسمون (مع الأسف) [3] «الحمقى الخاملين» (Vegetative Idiot). والحقيقة أن هناك دراسات أثبتت فعالية العلاج السلوكي مع الأفراد الموجودين في المؤسسات العلاجية، ومع حالات الفصام المزمن، وغيرهم من الأفراد شديدي الإعاقة. كان السلوكيون جريئين في تجريب مهاراتهم العلاجية مع المرضى المصابين بكل الاضطرابات.

اشتملت التجارب المبكرة والتي وصفت كيفية استخدام العلاج السلوكي على حالات شديدة الاضطراب. ومنها، على سبيل المثال، ما ذكره لوفاس وسيمونز (Lovaas And Simmons) في العام 1969 حول كيفية استخدام مبادئ نظرية التعلم لضبط سلوك «إيذاء الذات» عند الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقليا [4]. وتكونت عينة البحث من مجموعة من الأطفال التوحديين والمتخلفين عقليا المقيدين حركيا (مربوطين في أسرتهم، أو مقيدة

أيديهم)، وذلك بسبب سلوك إيذاء الذات. وكما هي حال معظم الأطفال الذين يعانون من سلوك إيذاء الذات، فإن أطفال العينة لم يستجيبوا لأي نوع أو أسلوب علاجي، وبدا مصيرهم مظلما. وعلى افتراض أن هؤلاء الأطفال قد نجوا من سنوات طويلة من إيذاء الذات، فإنهم في الأغلب سيقضون بقية حياتهم تحت قيود جسدية أو كيميائية (علاج بالعقاقير)، معنى هذا أنهم لن يذهبوا إلى المدارس ولن يختلطوا بغيرهم من الأطفال، ولن يتناولوا طعامهم بمفردهم، ولن يتمتعوا بأبسط مباهج الحياة. ونتيجة لعدم استجابة هؤلاء الأطفال لأي أسلوب علاجي، ولأن مستقبلهم بدا كئيبا أو ميئوسا منه، وجد الباحثون فرصة لتجربة المنهج السلوكي في العلاج.

كان تأثير الأسلوب السلوكي في العلاج والذي استخدمه كل من لوفاس وسيمونز قويا جدا. فعلى الرغم من أن بعض الطرق الخاصة جدا والتي استخدمت في ذلك الوقت لم تعد تستخدم اليوم (مثل استخدام الصدمات الكهربائية المتمركزة عند اللزوم)، فإن تلك الأساليب أثبتت فاعليتها، كما بينت إمكانية تغيير بعض سلوكيات الأطفال التوحديين. بالإضافة إلى ذلك، ساعدت تلك الأبحاث على إثبات أن سلوك إيذاء الذات ليس نتيجة لأسباب نفسية لا شعورية مثل عقاب الذات، أو الافتقار إلى التمييز بين الأنا والآخر، بل هو سلوك متعلم ويخدم أهدافا مهمة للطفل، مثل تجنب المواقف المؤذية أو شديدة السوء، أو الحصول على أشياء مرغوب فيها مثل اهتمام وانتباه الآخرين، أو مكافأة معينة.

العامل الثالث الذي ساعد على استخدام التدخل العلاجي السلوكي مع التوحديين هو الانتشار الكبير لهذا الاضطراب، والإعاقات الخاصة في مجالات تعتبر وظائف إنسانية أساسية (مثل الارتباط الاجتماعي والتواصل). تلك الصعوبات التي استعصت على العلماء الذين حاولوا فهم كيفية نشأة ذلك السلوك وعلاقته بالبيئة. لقد شكل سلوك الأطفال التوحديين دهشة وتحديا لكل من علماء نفس النمو العصبي وعلم النفس اللغوي، بسبب فشل أولئك الأطفال في تحقيق النمو الطبيعي والوصول إلى المهارات الأساسية التي تمهد لنمو وتشكيل مهارات سلوكية أكثر تعقيدا. لقد قدم لنا هؤلاء الأطفال طريقة للتعرف على كيفية ارتباط المهارات السلوكية الأساسية

بعضها مع بعض، وهذه المعلومات بدورها ألقت الضوء على عملية النمو الطبيعي. ومثال على ذلك كيفية التفاعل بين التفهم الاجتماعي واكتساب مهارات اللغة. وكيفية الترابط بين النمو اللغوي ونمو مهارات اللعب. وبما أن التعرف على العلاقة بين السلوك والبيئة، أي التعرف على التأثير المتبادل بينهما هو أفضل ما يفعله السلوكيون وهو أيضا هدفهم الأخير، فقد كان الربط بين المجالين تطورا طبيعيا. فحيث إن التوحد يؤثر في كل جوانب السلوك والشخصية للفرد، اهتم السلوكيون بدراسة جميع جوانب سلوك التوحديين. ويبدو أن هناك دورا لكثير من الأبحاث التي تتناول علاج التوحد، كما أن الجميع سيستفيد من المعلومات التي يُتوصل إليها مستقبلا.

العامل الرابع الذي ساهم في قبول العلاج السلوكي للتوحد واستمرار استخدامه هو الافتقار إلى علاج آخر فعال حتى يومنا هذا، أو ما يبشر بذلك. فنحن لا نملك علاجا دوائيا للتوحد، بالإضافة إلى عدم توافر تدخل جيني ووراثي، أو علاج غذائي أو علاج بالتأمل الحسي أو أي أسلوب علاجي ثبتت فاعليته وكفاءته بصورة عملية تطبيقية. من المحتمل أن يوجد مثل هذا العلاج في المستقبل، ولكن الحال ليست كذلك في الوقت الحاضر. (إن الحديث عن المستقبل يشير إلى التدخل الوراثي المحتمل).

سبب آخر أدى إلى قبول العلاج السلوكي للتوحد (ورفض العلاج التحليلي)، هو الجهود الضخمة المبذولة من قبل أولياء أمور التوحديين الذين شكلوا مجموعات منظمة كان لها تأثير كبير وطالبت بإيجاد علاج فعال للأطفال التوحديين، ومثال على تلك الجمعيات «الجمعية الأمريكية للتوحد».

وحيث إن الأساليب السلوكية في العلاج أثبتت فاعلية، وإن السلوكيين لم يحملوا الآباء مسؤولية اضطراب أبنائهم، فقد تقبل الآباء هذه الأساليب العلاجية بسرعة، وشجعوها وساندوها.

نقاط القوة الرئيسية في الأسلوب السلوكي

نقطة القوة الأكثر أهمية للأسلوب السلوكي في فهم وعلاج اضطراب التوحد، هي أنه كان نتيجة لسنوات عديدة من الأبحاث العلمية المكثفة والدقيقة والتي وضعت المبادئ الأساسية للسلوك وفعالية بعض الطرق

الخاصة المستخدمة في العلاج الناجح. وهكذا يمكن القول إن العلاج السلوكي بني على أساس شامل وثابت ودقيق.

نقطة القوة الثانية، مرتبطة بالأولى، وهي أن التقدم المستمر في العلاج السلوكي أمر مؤكد، فهو أسلوب يتميز بالنقد والتحليل الذاتي، ومن ثم يخضع لعملية تقييم مستمرة. وبسبب الاعتماد على التعريفات الإجرائية المفصلة والدقيقة للسلوك، والوصف العلمي الدقيق لطريقة العلاج، والتقييم الموضوعي لنتائجه، تمكن القائمون على الأبحاث السلوكية، والاختصاصيون الإكلينيكيون من الملاحظة المباشرة والناقدة لتأثير العلاج السلوكي. وبالتالي استطاعوا الحصول على صورة أو فكرة واضحة ومفصلة عن المجالات التي أثبت فيها نجاحا، وأيضا المجالات التي فشل فيها، وهو الأمر الأكثر أهمية. حيث يمكن استخدام نقاط القصور والضعف في العلاج للاستفادة منها في الدراسات المستقبلية والتي تهدف إلى زيادة فاعلية العلاج. وسيؤدي ذلك في النهاية إلى التطور والتحسن المستمر في العلاج وتعديله.

أحد الأمثلة الجيدة على التقييم الموضوعي والمستمر للعلاج السلوكي هو ما سأتناوله لاحقا عند عرض برامج التدريب الشديد الانضباط والتنظيم والمستخدمة مع الأطفال التوحديين. وعلى الرغم من أن ميزات هذا المنهج السلوكي في العلاج أُثبتت عن طريق الأبحاث العلمية الدقيقة والواضحة، فإن التقييم اللاحق لنتائج تلك البرامج أظهر وجود بعض القصور أو العجز الذي يحد من فعالية هذا العلاج. وتم «التعرف» على أوجه القصور تلك بفضل التقييم المستمر للعلاج الذي مكن المختصين من إدخال تعديلات عليه أدت إلى تحسنه والتغلب على البعض من تلك الصعوبات.

تشكل الموضوعية في القياس والوصف الدقيق والمفصل للأسلوب السلوكي في العلاج نقطة القوة الثالثة له. حيث سمحت تلك السمات للباحثين والاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين بالتعرف على الإجراءات التي اتُخذت مع كل حالة على حدة، وبالتالي تكرارها. وبما أن العلاج السلوكي يتضمن وصفا دقيقا للحالات التي عولجت، كذلك أسلوب العلاج، تمكن الآخرون من العاملين في الميدان من استخدامه مع حالتهم، كذلك تقييم نتائجهم. إن القدرة على التكرار هي أمر أساسي وحاسم، حيث

إن ذلك يسمح للأسلوب العلاجي بالتطور والتقدم في اتجاه رأسي بدلا من السير في اتجاهات عدة وخطوط مختلفة ومتعارضة. بمعنى آخر، فالقدرة على التكرار هي ما يميز بين أساليب العلاج التي تتطور بأسلوب مخطط ومنظم وبين مجموعة من الخدع والادعاءات.

الجدل الدائر حول المناهج السلوكية

أول مشكلة واجهها الأسلوب السلوكي في العلاج كانت مواجهة الأسلوب التحليلي الديناميكي والذي كان «مفضلا» ومنتشرا في ذلك الوقت. فعلى العكس من أتباع بتلهايم وغيره من المؤيدين لوجهة النظر التحليلية الذين فسروا التوحد على أنه مرض ناتج عن أسلوب التربية والتنشئة الاجتماعية غير السليمة والمضطربة التي تمارس بواسطة الآباء، رفض السلوكيون تلك الفكرة وفسروا التوحد بأنه متلازمة سلوكية تتسم بنمط يتراوح بين الإفراط والعجز. أما الإفراط فيتمثل في سلوك إيذاء الذات والمصاداة والاستثارة الذاتية، ويتمثل العجز أو النقص في الإعاقات الاجتماعية واللغوية وعدم القدرة على اللعب خاصة مع الآخرين. ويرى السلوكيون أن كل نمط من هذه الأنماط السلوكية، الإفراط أو العجز، مرتبط بالبيئة بطرق محددة وواضحة لا يمكن إخفاؤها، كما افترضوا أنه يمكن التعرف على تلك العلاقات وتحديدها ومن ثم علاجها بتطبيق الأساليب والمبادئ السلوكية المعروفة. وباتباع هذا الأسلوب أصبح تعديل السلوك عن طريق معالجة أو تغيير الأحداث البيئية أمرا ممكنا.

لقد قدمت الدراسة التي أجراها لوفاس وسيمونز في العام 1969، والتي أشير إليها سابقا، توضيحا للفروق بين المنهجين أو الأسلوبين التحليلي والسلوكي. فقد فسر التحليليون سلوك إيذاء الذات على أنه عقاب للذات يوقع الأطفال بواسطته الأذى بأنفسهم بسبب بعض الدوافع اللاشعورية والكامنة، مثل الإحساس بالدونية أو عدم القدرة على تحقيق انفصال الأنا عن الآخر. (لتوضيح ذلك، يكون لدى الأطفال رغبة لا شعورية في عقاب آبائهم، لكنهم لا يستطيعون الفصل أو التمييز بين ذواتهم وذوات الآباء، لذلك يقومون بإيذاء ذواتهم كطريقة غير مباشرة لإيذاء الآباء). أما «الأسلوب العلاجي» القائم

علـــى وجهة النظر التحليلية فكان بتوفيـــر الحب والدفء للطفل والطمأنينة. غير أن هذا الأســـلوب العلاجي لم يفشـــل فقط، ولكنه أدى إلى زيادة سلوك إيذاء الذات وليس التقليل منه أو القضاء عليه (وهو الأمر الذي تم توضيحه في دراســـة أخرى للوفاس وزملائه) [5]، متبنين المنهج السلوكي، فسر لوفاس وســـيمونز ســـلوك إيذاء الذات على أنه متعلم عن طريق الارتباط الشرطي، ويخضـــع لقوانين التعليم الإجرائي (أي أنه ســـلوك تحـــدده نتائجه البيئية)، وافترضا أن أســـلوب إيذاء الذات يتدعـــم بما يحصل عليه الطفل من اهتمام المحيطين به، ومن ثم تنبأ بإمكان تغيير ذلك السلوك بمعالجة النتائج المترتبة عليـــه، بالتحديد الاهتمام والانتباه الذي يمنحه المجتمع للطفل. وبالتالي فإن خفض هذا الســـلوك وعلاجه يكون بســـحب الانتباه الاجتماعي وغض النظر عن الســـلوك. فعندما أعطيت لطفلين الفرصة لممارســـة سلوك إيذاء الذات (مثـــال على ذلك لطم الخدود أو ضرب الرأس بالجدار) من دون أن يصاحب ذلـــك اهتمام أو انتباه مـــن المحيطين بهم، انخفض معدل إيذائهم لأنفســـهم بشـــكل كبير جدا. (من المهم جدا الإشـــارة إلى أنه حصل في البداية التأكد من أن هؤلاء الأطفال لن يؤذوا أنفســـهم بشـــكل خطير عندما يتعرضون لهذا الأسلوب العلاجي). بالإضافة إلى ذلك يمكن خفض السلوك الإجرائي بتطبيق العقاب بشـــكل ملازم للسلوك المضطرب. ولقد أثبت كل من لوفاس وسيمونز أن العقاب (مثل كلمـــة «لا» بصوت عال، أو صدمة كهربائية خفيفة في مكان محدد) أدى إلى توقف ذلك السلوك بشكل حازم ومباشرة.

لقد كان لتلك الدراســـة تأثير كبير جدا، حيث إنها كانت أول دراســـة تثبت إمكان استخدام الأسلوب الســـلوكي في علاج سلوك خطير وصعب لم يستجب قبل ذلك لأي أســـلوب آخر، خصوصـــا التحليلي. أمـــا الآن فكثير من الأطفال والذين أمضوا حياتهم مقيدين إما بواسطة العقاقير أو حتى ربط أيديهم وتحديد حركتهـــم (كذلك كانـــوا بعيدين عن المدارس والمناســـبات الاجتماعية) أصبحوا أحرارا ويشـــاركون في الأنشـــطة التربوية والاجتماعية. قدم لوفاس وســـيمون وصفا لحالة الطفل «جون» الذي تخلص من ســـلوك إيذاء الذات بالاستفادة من برنامج العلاج السلوكي والذي لم يكن متوافرا له قبل ذلك وكانت حركته مقيدة معظم الوقت بسبب سلوكه الخطير المتمثل في إيذاء الذات.

انطلاقا من وجهة النظر الحالية وبعد مرور أكثر من ثلاثين عاما على استخدام العلاج السلوكي، يمكن التعرف على الجوانب السلبية والإيجابية له وبكل وضوح، على الرغم من أن بعض الأساليب المستخدمة في المنهج السلوكي (مثل الصدمة الكهربائية) تبدو أحيانا قاسية وغير مقبولة في أيامنا هذه، فإن الحقيقة التي لا بد من ذكرها هي أن مستقبل هؤلاء الأطفال كان من دون أمل في الوقت الذي أجريت فيه تلك الدراسة. (والحقيقة أن أحد الأطفال الذين شاركوا في الدراسة كان مربوطا في سريره لمدة طويلة جدا، الأمر الذي أدى إلى إصابة أوتار ساقيه بالضمور لدرجة أصبح معها عاجزا عن المشي من دون مساعدة). لا مجال للشك في أن الدراسات اللاحقة قد مكنتنا من التعامل وبطريقة أكثر إيجابية مع الأنماط السلوكية التي شكلت تحديا سابقا، ولكننا لا ننكر أيضا أنه بسبب الدراسات المبكرة التي أجراها لوفاس وسيمونز أصبح بالإمكان متابعة وتطوير الأساليب العلاجية. دراسات أخرى استندت إلى تطبيق المبادئ السلوكية وركزت على التعامل مع بعض أعراض الاضطراب السلوكي مثل العنف الشديد، واضطراب بيكا (وهو عبارة عن تناول بعض المواد مثل الورق أو الزجاج أو القاذورات أو الأحجار الصغيرة)، وثورات الغضب وغيرها من الأنماط السلوكية التي كان من شأنها إبقاء الطفل بعيدا عن المدرسة والجماعات وحتى المنزل أحيانا. بينت الدراسات المذكورة بشكل جوهري أن تطبيق مبادئ التعلم قد يؤدي إلى تغير مهم في سلوك الأطفال التوحديين، وقد كان لهذه النتائج أهمية كبيرة وبارزة، وأصبح البحث عن أسلوب جديد لعلاج التوحد متاحا. في الوقت الذي تغيرت فيه بعض مواصفات التدخل العلاجي فإن المبادئ الأساسية لم تتغير.

وكما هو متوقع، فقد أزعجت تلك التطورات مؤيدي المدرسة التحليلية. كما تنبأ المعالجون التحليليون والذين اعتمدوا على مبادئ العلاج التحليلي بأن عقاب الأطفال بسبب إيذائهم لأنفسهم سيزيد من ذلك السلوك ويجعل الوضع أكثر سوءا، فضلا عن شعور الأطفال بالدونية، وأنهم يستحقون ما يقومون به من عقاب للذات. غير أن الأحداث والتجارب التي تلت ذلك لم تؤيد تنبؤات التحليليين المخيفة والمؤلمة، وكان العكس هو الصواب. فقد

اتضح من نتائج بعض الدراسات السلوكية والتي استخدمت عمليات العلاج المنفرة، أن تلك الأساليب أدت إلى تغيرات إيجابية في سلوك التوحديين بزيادة التفاعل الاجتماعي، كالتواصل البصري، والتقارب مع الآخرين.

وإلى حد كبير، تضمنت البراهين المبكرة على المنهج السلوكي إجراءات وأهدافا أكثر إيجابية، ففي العام 1962 كان فيرستر ودوماير من أوائل من أثبت أن الأطفال التوحديين يستطيعون التعلم باستخدام تقنيات التعلم الإجرائي بطريقة مخططة ومنظمة [6]. لقد أثبتا أن الأطفال التوحديين يستطيعون تعلم أنماط سلوكية جديدة فعلا في حال قوبلت الاستجابة الصحيحة والتي تتطلب من الطفل مهمة معينة (الضغط على زر) بمكافأة مشروطة (مثل طعام، أو شيكولاته، أو لعبة صغيرة وطريفة). إن المهارة التي تعلمها الطفل بسيطة وسهلة فعلا، كما لا يمكن توظيفها (أي الاستفادة منها) في المجال الأكاديمي أو التفاعل الاجتماعي، غير أنها تشير إلى إمكانية تعلم هؤلاء الأطفال. ولا يفوتنا أن نذكر بأن هذه الدراسة أجريت في أجواء تشكك في قدرة الأطفال التوحديين على الاستفادة من البرامج التربوية والتعليمية فيما بعد.

أبحاث سلوكية أخرى استندت إلى نتائج الدراسات السابق ذكرها ولكنها طورت منها، وذلك بالتوسع في كل من أساليب التدخل السلوكي المستخدم، ومجال السلوك المستهدف، أو الذي نسعى إلى تعلمه. فقد تم وضع وتطوير الأساليب والتقنيات الأساسية مثل التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي والعقاب، وإضافة تقنيات أخرى مثل التلقين أو تلاشي وإضعاف المثير، أو تعديل الاستجابة والتسلسل والضبط المسبق للمثير، وغيرها من التقنيات التي لا مجال لذكرها الآن [7]، بينما تم تطبيق تلك التقنيات أولا على أنماط سلوكية بسيطة جدا مثل (الضغط على لوح)، فإنها توسعت وطبقت على أساليب سلوكية أكثر تعقيدا يمكن للطفل أن يوظفها في حياته اليومية، بما في ذلك السلوكيات المرتبطة بتحسين وتنمية وتعديل الأعراض السلوكية مثل: اللغة، والسلوك الاجتماعي، ومهارات اللعب، والوظائف الأكاديمية، وكذلك خفض الإفراط في بعض السلوكيات مثل إيذاء الذات، وثورات الغضب، والاستثارة الذاتية.

مجال آخر ذو علاقة بالعلاج السلوكي كان مثيرا للجدل هو شدة تنظيم العلاج السلوكي، وربما ميكانيكيته. إن خصائص الخطط العلاجية السلوكية كانــت محددة ومقننة بدقــة متناهية، تأثرا بأســلوب التحليل التجريبي. فالعلاج مفصل ومســتند إلى مبادئ سلوكية واضحة. وبسبب استناد هذا الأسلوب العلاجي إلى تعلم التمييز باتباع الأسلوب الإجرائي (وهو طريقة للتدخل جربت على الحيوانات مثل فئران التجارب والحمام) شعر البعض بالإهانة لاســتخدام هذا الأســلوب مع الأطفال خصوصا المعاقين منهم. فقد كان من الصعب على عائلات الأطفال والإكلينيكيين تقبل فكرة تدريب أطفالهم كما لو كنا «ندرب كلبا». ومما زاد المشكلة سوءا استخدام الأساليب الســلوكية لبعض المفاهيم والمصطلحات العملية مثل «الضبط»، الانطفاء»، «العقاب»، «المعالجة التجريبية»، «الضبط المنفر» و«التدعيم السلبي»، مما جعل المنهج السلوكي غير مرغوب فيه لدى العامة.

يمكن إرجاع هذه المفاهيم إلى العالم بي. أف. ســكينر (B. F Skinner) الــذي يعتبر ذا تأثير شــديد في تحديد المبادئ الســلوكية ومبــادئ التعلم الإجرائي: ثلاثينيات القرن الماضي كان سكينر متأثرا بعالم الفيزياء بيرسي بريدجمــان (Percy Bridgeman) ومعجبــا بالطريقــة التي يســتطيع بها الفيزيائيون إيضاح المبادئ العلمية بدقة شــديدة. وقد دفعته رغبته في تبني أسلوب علمي في دراسة السلوك إلى التركيز على الحاجة للمعالجة والضبط التجريبي للوصول إلى أو تحديد المبادئ العلمية في دراسة السلوك. استعار ســكينر بعض المفاهيم من الفيزياء وغيرها مــن العلوم الطبيعية، بالإضافة إلى الاســتفادة من مفاهيم الإشراط الكلاسيكي ودمجها جميعها في وصفه لما أسماه بـ «علم السلوك»، ولحسن الحظ فإن افتقاد العلاج السلوكي للتقبل الجماهيري، قابلته فاعلية، توفر لديه ســبب فعاليته، وما لبث أن أصبح كل عملاء العلاج السلوكي في مجال التوحد، خصوصا أولياء الأمور، متقبلين له ومرحبين به. فكما قالت إحدى الأمهات «إذا كان طفلك يلطخ الجدران ببرازه لا يمكنك أن تضع شــروطا حول اســم الأســلوب العلاجي الذي يقدم إليه. فأنــت في هذه الحالة تفعل ما يأتي بنتيجة». وهكذا كان الآباء في الحقيقة من أوائل وأقوى المؤيدين لاستخدام المنهج السلوكي في علاج التوحد.

انتقـــاد آخر كان موجها إلى العلاج الســـلوكي فـــي مراحله الأولى، وهو أن أهداف هذا العلاج كانت مبســـطة للغاية. بما أن خطة العلاج الســـلوكي الأولـــى تقوم على تجزيء المهارات الســـلوكية المركبة إلـــى عناصر صغيرة، ثـــم يدرس للأطفال كل عنصـــر من تلك العناصر على حـــدة، وبالتالي فإن هـــذا الانتقاد كان صحيحا إلى حد مـــا. مثال على ذلك تدريس اللغة، وهي ســـلوك شـــديد التعقيد، فالأبحاث الأولى كانت تعلـــم الأطفال كيفية تقليد الأصوات والكلمات، وبعد ذلك ربط الكلمات مع الأشياء، ثم تدريس الكلمات الارتباطية مثل الضمائر وأســـماء الإشارة، وتلا ذلك تدريس الجمل وهكذا. إن الانتقاد الموجه إلى هذا الأســـلوب يتســـاءل عما إذا كان الأطفال الذين يتعلمـــون بهذه الطريقة قد اســـتوعبوا ما كانوا يقولـــون. وهل أدرك الطفل الذي تعلم مـــن خلال الارتباط الإجرائي أن يقول: «أريد قطعة بســـكويت» معنـــى كل كلمة قالها؟ وهل فهم كلمة «أريد» كمفهوم عام يعني الرغبة؟ وهل «يقصـــد» الطفل الذي تدرب على احتضـــان والدته ذلك فعلا؟ أم أن هؤلاء الأطفـــال يفعلون الأمور التي أمروا بها مـــن دون فهم أو قصد من جانبهم؟ من الطبيعي أن يعتبر الســـلوكيون هذا غير مهم، فإذا استطاع الطفل القيام بسلوك بصورة مناسبة للسياق، وإذا استطاع أن يتصرف بصورة مناسبة في المواقف المختلفة، فلا نحتاج إلى أكثر من ذلك لإثبات كفاءة العلاج السلوكي. فإذا اســـتخدم الطفل كلمـــة «أريد» بصورة صحيحة تشـــير إلى رغبته في الحصول على شـــيء ما (لم يتدرب عليه)، فإن هذا يســـمح لنا باستنتاج أن الطفل قد اســـتوعب المفهوم. وإذا احتضن الطفل والدته في مواقف أخرى، شـــبيهة بالمواقف التي يحتضن فيها الأطفال العاديـــون أمهاتهم، يمكننا أن نفســـر ذلك بأن الطفل «يقصد» فعلا احتضان والدته. يعتقد السلوكيون أن الســـلوك الذي يمكن ملاحظته عمليا هو الوحيد الذي يمكنه أن يكون دليلا أو إثباتا. محاولة التمييز والتأكد مما إذا كان الطفل قد «أدرك» أو «قصد» شيئا ما، تتطلب الدخول في ذهن الطفل، وهو أمر مستحيل بالطبع.

وبصـــرف النظـــر عن العديـــد من الأســـئلة المطروحة حـــول التنظيم والتخطيط المحكم للمنهج الســـلوكي في العـــلاج، أو الطبيعة المميزة لما تم تعلمه، كان من الصعب إنكار أن الأطفال اســـتفادوا من ذلك العلاج بشكل

كبيــر. وهناك كثير مــن التقارير والأبحاث حول التطبيــق الناجح للمنهج الســلوكي في علاج أنماط واســعة وشاملة من الســلوك المستهدف لدى الأطفال التوحديين. وإضافة إلى ذلك، وحيث إن المبادئ السلوكية معروفة جدا وواضحة ويمكن تعليمها بسهولة للآخرين، فقد رأينا تطبيقات ناجحة لهذا الأسلوب بواســطة المهتمين بالموضوع مثل المدرسين والآباء، والأخوة، والأصدقاء، وغيرهم كثير ممن لهم علاقة مع الأطفال التوحديين.

اختلافات محددة ضمن المنهج السلوكي

كان ومازال هناك جدل حول بعض تقنيات العلاج السلوكي حتى بين أكثر الناس تأييدا ومســاندة له. فالمنهج الســلوكي لا يدل أو ينطوي على طريقة محددة في العلاج، وبالتالي فقد تشــعب عنه العديد من الأساليب العلاجية بمرور الســنوات. وجاء بعض تلك الأساليب الفرعية نتيجة مباشرة لجوانب النقص التي تم تحديدها والتعرف عليها في الصورة الأولى للعلاج السلوكي. بينما البعض الآخر كان نتيجة لنظرية أو فلسفة خاصة. وتطور عن ذلك كله مجموعة من الخيارات العلاجية المثيرة للاهتمام والجدل أيضا.

S^D → R ← S^R المثير التمييزي الاستجابة النتيجة

تعميم تأثير أو نتائج العلاج

كما ذكر ســابقا، فــإن الصورة الأصليــة للتدخل العلاجي الســلوكي والهادف إلى تعليم ســلوكيات جديدة اســتندت إلى مبــادئ تعلم التمييز والذي تُوصّل إليه بعد سنوات من العمل مع حيوانات التجارب في المختبر التي دُربت على بعض الاســتجابات البسيطة والقابلة للقياس مثل التقاط مفتاح خفيف، أو الضغط على لوح معين. وكانت الحيوانات تكافأ بقطع من الطعام وفق جدول معين، ومن أمثلة ذلك أن يقدم الطعام إلى الحيوان بعد أدائه الاستجابة المرغوب فيها. وهو الأسلوب المعروف بـ «جدول التدعيم». أي أن تقنيات العلاج التي اســتخدمت في البداية مع الأطفال التوحديين تماثل التقنيات المســتخدمة في تعليم الحيوانات في وجوه عدة. والحقيقة أن دراســة «فريستر دوماير» التي أشرنا إليها سابقا تضمنت تعليم الطفل التوحدي أن يضغط على زر للحصول على قطعة من الطعام أو الشيكولاتة،

واســتخدم في ذلك «جداول التدعيم». وعلى الرغم من أهمية هذه النتائج والأدلة المبكرة، فإن قراءة هذا التقرير اليوم تجعل الإنسان يصاب بالخوف تقريبا بسبب التشــابه الكبير بين حركات وأفعال هؤلاء الأطفال وحركات حيوانــات المختبــر. وفي الوقت الذي يركز فيه العلاج الســلوكي الحديث علــى زيادة الحصيلة والمهارات الســلوكية لدى هــؤلاء الأطفال وتدريبهم علــى المهارات الوظيفيــة (مثل المهارات اللغويــة والأكاديمية)، فإنه مازال ملتزما بنظام التعلم الإجرائي. عادة يتعلم الأطفال من خلال سلســلة من «المحاولات» المنفصلة والمتمايزة والتي تشمل ثلاثة عناصر أو مراحل.

المرحلة الأولى تتضمن تقديم تعليمات أو ســؤال معين للمفحوصين أو ما يســمى المثير التمييزي (S^D)، وهو عبارة عن المثير الذي يسبق السلوك، ويتم إدخاله للســيطرة على سلوك الطفل. وفي هذه المرحلة من التدريب قد يُقدم مثير آخر مصاحب، لهذا المثير لإرشــاد اســتجابة الطفل (محفز السلوك). العنصر الثاني عبارة عن اســتجابة الطفل (R) ، وقد تكون صحيحة أو غير صحيحة أو لا اســتجابة على الإطلاق. أما المرحلة الثالثة: فتتقدم فيها نتيجة بناء على سلوك الطفل (S^R)، يمكن لهذه النتيجة أن تأخذ صورا عدة وتتحدد طبيعتها بناء على الأثر المرغوب فيه. فإذا كان هدف المدرس تشجيع وتدعيم سلوك معين لأنه سليم، يقدم للطفل تدعيما إيجابيا كالطعام والتشجيع والثناء اللفظــي أو الحصول على لعبة محببة لديه. أمــا إذا كان المدرس يهدف إلى إيقاف أو عدم تشــجيع سلوك غير سليم، فيكون ذلك إما بتقديم العقاب مثل «أن يقول لا أو العبوس والتجهم» أو بعدم تقديم أي نتيجة أو مقابل من طرف المدرس (أو بإهمال السلوك).

وهكذا يمكن أن يعبر عن العناصر الرئيسية الثلاثة للمراحل المنفصلة للمحاولة بالمخطط التالي:

$$S^D \longrightarrow R \longleftarrow S^R$$

المثير التمييزي — الاستجابة — النتيجة

دعنــا نعط مثالا على كيفية تعليم الطفلة «كارولين»، أن تقول اســمها. في المرحلة الأولى نقدم الســؤال، أي المثير (S^D) وســيكون «ما اسمك؟»، يحتمل أن تكون استجابة (R) الطفلة صحيحة فتقول: «كارولين» (أو شيء

من هذا القبيل تقريبا)، أو إنها ستجيب بطريقة خطأ (كأن تقول «جي جي جي»)، أو تصمت دون أي اســتجابة. ثم يقوم المدرب بتقديم النتيجة (S^R) أو التدعيم المناسب. فيقدم قطعة من البسكويت أو الثناء مقابل الاستجابة الســليمة، وهي هنا «كارولين»، ولا للاستجابة الخطأ (جي جي جي)، وفي حالة صمت الطفلة لا يقدم أي تدعيم على الإطلاق.

وتعرض المحاولات ذات المراحل الثلاث على شــكل سلســلة من المكعبات المتتالية، ويقيم تقدم الطفل بتحديد نسبة الاستجابات الصحيحة في سلسلة من المحــاولات المكونة من مكعبات تتراوح بــين 10 و20 مكعبا. وباتباع هذه الطريقة يمكن أن نحدد بوضوح ما إذا كان هناك تقدم أم لا. فإذا اكتشفنا أن التقدم الذي حدث غير مناسب، فهناك أمور عدة يمكن تغييرها مثل التعليمات المعطاة للطفلة، أو إضافة محفز جديد، أو تغيير نوع المكافأة أو النتيجة وغير ذلك. طريقة أخرى يمكن اتباعها وهي تقســيم السلوك المستهدف (أي المراد تعلمه) إلى أجزاء أو عناصر أصغر حتى يصبح تعلمها أكثر سهولة.

الأمثلة التي عُرضت ســابقا تبين التدريب على مهارات ســهلة جدا بالطبــع، وهناك وصف مفصــل ومكثف لذلك النوع مــن التدريب في مواقع أخرى [8]. الهدف من العرض الســابق هــو إعطاء القارئ فكرة عن طريقة منظمة جدا لهذا الأسلوب العلاجي والذي يسمى «التدريب بالمحــاولات المرحليــة» (discrete trial training) (DTT)، وقد أحدث تغييــرا جذريا في علاج الأطفال التوحديــين [9]. وفي الحقيقة، يمكن القول إن نشأة وتطور هذا الأسلوب (DTT) أعطانا أول نظام علاجي لتعليــم الأطفال التوحديين مهارات بســيطة في أول الأمر، ثم المهارات الأكثر تعقيدا بعد ذلك. ولا يمكن التقليل من أهمية دور هذا الأســلوب في علاج الأطفال التوحديين، خاصة في بداية الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي.

إن هذا الأســلوب العلاجي «التدريب المرحلــي المقنن» (DTT) والذي يتصــف بالتخطيط، والقابلية للتكرار لا يقتصر على العناصر الثلاثة التي شرحت ســابقا، بل هناك قوانين مهمة تتعلق بالتقنيات أو الأساليب التي تقدم بها المثيرات، والتوقيت، والاقتراب التدريجي والناجح من الاستجابة

الصحيحـــة، وأيضا طبيعة التدعيم وجدولتـــه، أي الزمن الذي يقدم فيه. كمــا أن التعليمات التي تقـــدم للمتدرب يجب أن تكـــون واحدة خلال كل المحاولات، وأن تتميز بالبســـاطة والوضوح والاختصار. فسؤال الطفل مثل «ما هو اســـمك؟» علينا تقديمه بالطريقة نفسها ومن دون تغيير خلال كل المحـــاولات، كذلك التدعيم أو النتيجـــة التي يحصل عليها الطفل يجب أن تكون مســـتمرة ومتسقة ولها وظيفة في حياة الطفل (أي يمكن توظيفها). وبسبب عدم احتمال اســـتجابة الطفل للتشجيع والثناء فقط، لذلك يكون الثناء دائما مصحوبا بنتيجة أو مقابل له أهمية وظيفية في حياة الطفل مثل الطعام. فضلا عن أن هذا البرنامج يمكننا من تحديد عدد الاســـتجابات الخطـــأ التي حدثت قبـــل تقديم المحفزات وغير ذلـــك. بمعنى آخر، فقد تحددت مبادئ وخصائص الاستخدام الفعال لهذا الأسلوب العلاجي DTT وبتفاصيل دقيقة؛ ويبقى أن الالتـــزام بهذه المبادئ والقوانين أمر في غاية الأهمية، وذلك لضمان فاعلية العلاج وتحديد التعديلات الواجب إدخالها على النظام العلاجي عند الضرورة.

لقد غير أسلوب «التدريب بالمحاولات المرحلية» DTT عالم الأطفال التوحديـــين وعائلاتهم وحياة القائمين على علاجهـــم. ومع ذلك، فقد ظهرت بعض المشـــاكل بعد استخدام هذا الأسلوب بسنوات عدة. فعلى الرغـــم من فعالية العـــلاج في بداية الأمر، فإن القصـــور «ومحدودية» تعميم نتائج وفعالية هذا الأســـلوب العلاجي كانا واضحين. فقد لوحظ أن التأثيـــر الإيجابي للعلاج لا يســـتمر طوال الوقـــت كما كنا نأمل (أي تعميـــم النتائج واســـتمرارها مع مـــرور الوقت)، كما أن الاســـتجابات الصحيحة لا تظهر في المواقف المختلفة، أو مع اختلاف الأفراد (تعميم الســـلوك مع تغير المثير). وبالإضافة إلى ذلك فإن التدريب ذاته لم يكن فعـــالا دائما، بمعنـــى أن تأثيره كان خاصا بالســـلوك الذي تم التدريب عليه فقط، ولم يتمكن المتدربون من تعميمه على أنماط ســـلوكية أخرى (تعميم الاستجابة). وبالتالي علينا تدريب وتعليم الأطفال على أنواع أو أنماط عديدة من الســـلوك لكي يكون العلاج فعالا ومؤثرا في الأنماط السلوكية الأخرى.

إن أفضـــل طريقة لتوضيح أوجه القصور تلك هي إعطاء بعض الأمثلة عليه. فبالنسبة إلى تعميم التأثير أو المحافظة على ما جرى تعلمه مع مرور الوقت، تذكر إحدى الدراســات أنه بعد ســنة من العلاج السلوكي المكثف داخل مؤسســة علاجية وعلى يد اختصاصي إكلينيكــي ذي خبرة، أظهر معظــم الأطفال التوحديين تحســنا ملحوظا، غيــر أن الكثير منهم فقدوا المهارات التي تعلموها عندما عادوا إلى المؤسسة للتقييم بعد مدة تراوحت بين ســنة وأربع سنوات [10]، وبمعنى آخر، إن تأثير العلاج لم يستمر، وهو أمر غير مشجع بالفعل.

أما المشــاكل المتعلقة بالمثيرات (أي بتغير الأفراد أو التعليمات) فيمكن إيضاحهــا بأمثلة أخرى. طُلبت مني مراجعة حالة طفل في الخامســة من العمر يدعى كيني. والذي خضع لبرنامج DTT لعدة أشــهر داخل منزله. عرضــت علي والدته - وبكل فخــر - دفتر ملاحظات يحتوي على وصف مفصل لبعض المعلومات والاستجابات التي تعلمها الطفل.

لاحظــت أن الطفل تعلم أن يقول عنــوان منزله، وقررت التعرف على الكيفية التي سيســتجيب بها الطفل إلي. وبعد التأكد من تركيزه، طرحت الســؤال التالي عليه، «أين تســكن؟»، فما كان من الطفل إلا أن حدق فيّ من دون أن يتكلم. كررت الســؤال قائلة: «كيني، أين تسكن؟»، ومرة أخرى لم تكن هناك أي اســتجابة. وبعد ست أو سبع محاولات فاشلة للحصول على الاســتجابة (عنوان كيني)، لمست والدته كتفي قائلة، عليك أن تقولي «ما هو عنوانك؟»، وليس «أين تســكن؟». ومــن الواضح أن جملة «ما هو عنوانك» هي المثير الذي تدرب عليه كيني في برنامج DTT، وإنني قدمت مثيرا مختلفا عندما سألته «أين تسكن؟»، وبالطبع فإن هذه مشكلة عميقة أو كبيــرة. فالعالم الحقيقي يتغير بشــكل كبير بالنســبة إلى فرد تدرب على الاســتجابة لمثير معين فقط. إذا كان الطفل يتعلم الاستجابة لأسئلة أو تعليمــات خاصة جدا، فمن غيــر المحتمل للعالم الحقيقي ذي الطبيعة الدائمة التغير ضبط أو توجيه السلوك. وكما شرحت لوالدته، ففي حالة فقــدان كيني يوما ما، فإن الشــرطة لن يطرحوا عليه الســؤال بالطريقة نفسها التي تدرب عليها.

كمـــا أذكر أنني أقمت حفلة للعائلات المشـــاركة في برنامجنا البحثي، حيـــث وضع وعاء مملـــوء بالعصير علـــى الطاولة، ورغب أحـــد الأطفال التوحديين، واسمه فردي، في الحصول على بعض من العصير. وكنا نعرف أن والدي فردي علّماه الطريقة المناسبة لطلب الشيء الذي يريد الحصول عليه. ولذلك فوجئنا عندما رأينا فردي يحمل كأسا ويلوح بها بشكل متكرر فـــوق وعاء العصير ويتلفـــظ بكلمات غير مفهومة. اســـتمر في فعل ذلك حتى جاءت والدته (التي كانت مشغولة في المطبخ) وقالت له «فردي، قلها بطريقـــة صحيحة»! وعندها قال الطفل «عصيـــر، من فضلك». وتبين أن وجـــود والدة فردي كان ضروريا حتى يســـتخدم الكلمات بصورة صحيحة أو دقيقة؛ أي أنه لم يعمم الســـلوك الذي تدرب عليه ليستخدمه مع أفراد جدد في بيئته.

ويمكننا توضيح مشكلة الفشل في تعميم الاستجابة السليمة في موقف نعلم فيه طفلا توحديا كيف يعبر الشـــارع عندما تكون الإشـــارة خضراء، ويتوقـــف عندما تكون حمراء. لن يتمكن الطفل من ضبط ســـلوكه إذا كان راكبـــا الدراجة. ففي هذه الحالة يجب تعليـــم الطفل التمييز بين «انتظر» «وانطلق» بشـــكل منفصل مع كل طريقة من طرق الحركة، أي ندربه (على التمييز بين ألوان إشـــارة المرور في حالة المشي، وقيادة الدراجة، أو عجلة التزحلـــق). من الواضح إذن أن هذا البرنامـــج التدريبي لا يتمتع بالكفاءة المأمولة، وإن كانت له بعض الفوائد.

الاستجابة الميكانيكية

من الأمور التي أشـــير إليها كثيـــرا، أن لغة الطفل التوحدي الذي تعلم بواســـطة برنامج التدريب بالمحاولات المرحلية DTT تبدو كلغة الإنســـان الآلي. أي أنه يقول الأشـــياء نفســـها وبالطريقة نفسها ومن دون أي تغيير في نبرة الصوت مع اختـــلاف المواقف. إن الافتقار إلى القدرة على تغيير نبرة الصوت عند التلفظ بالكلمات، بالإضافة إلى ما يعانيه هؤلاء الأطفال من مشـــكلات في النطق (مثل نبرة الصوت غير المناسبة، أو عدم التغيير في طبقة أو إيقاع الكلام، وما شـــابه ذلـــك)، كل ذلك يجعل كلمات هؤلاء

الأطفال تبدو غير طبيعية وشاذة. وبسبب طبيعة هذا الأسلوب التدريبي الذي يتميز بالتنظيم والضبط الشديدين واعتماده على قوانين جامدة فيما يتعلق بالطريقة التي يقدم فيها المثير السابق للسلوك (أي الأسئلة القصيرة والمنسقة من دون تغيير) وتدعيم بعض الاستجابات الصحيحة والتي تخص سلوكا محدودا فقط (خاص)، يمكننا أن نتوقع كيف أنه يشجع الاستجابات الآلية أو الميكانيكية من دون قصد أو انتباه.

الافتقار إلى التلقائية أو المبادرة

من الأمور التي قد تسبب الإحباط لكلٍ من الآباء والاختصاصيين الإكلينيكيين أنه وعلى الرغم من أن الطفل التوحدي قد يتعلم عن طريق الأساليب السلوكية كمّا هائلا من مفردات اللغة، وأنماط السلوك الاجتماعي، كاللعب، وأنماط سلوكية أخرى من خلال التدريب، فمن الصعب حمل الطفل على استخدام تلك المهارات بصورة تلقائية، أو أن تكون المبادرة من جانبه، بل يستخدم تلك المهارات استجابة لمبادرة الآخرين. فقد سمعت العديد من الآباء يتذمرون من اضطرارهم إلى تحفيز الطفل وتشجيعه أو حتى توجيه سؤال مباشر قبل أن يبدأ بالكلام، على الرغم من قدرته على ذلك. فقد تستطيع الطفلة مثلا أن تصف بالتفصيل ماذا فعلت في المدرسة، ولكنها لن تفعل ذلك طواعية بل يجب على الآباء أن يسألوها: «ماذا فعلت في المدرسة اليوم؟»، أو غيره من الأسئلة لمعرفة أنشطة الطفلة في ذلك اليوم. باختصار تكمن المشكلة في أن هناك مثيرات بيئية قليلة جدا قادرة على استثارة الطفل التوحدي للكلام. ويفترض البعض أن هذا هو أحد آثار أو نتائج برنامج التدريب المعروف بـ DTT، حيث التركيز على التدريب بالمحاولات التي تبدأ بمثير مسبق وخاص.

الاعتماد على المحفزات

من أوجه القصور التي تؤثر في فاعلية برنامج DTT أن الأطفال الذين يتدربون بهذا الأسلوب يستمرون في الاعتماد على محفزات أو إيحاءات إضافية لكي يستجيبوا بصورة سليمة. فالطفل في المراحل الأولى من

التدريب يحصل على مساعدة ليميز بين المكعب الأحمر مقارنة بالأزرق، وذلك بأن يضع المدرس إصبعه على الاستجابة الصحيحة في كل محاولة من المحاولات عندما يقدم المثير وهو السؤال، فيطلب من الطفل أن يشير إلى المكعب الأزرق أو الأحمر، كأن نقول له «أشر إلى المكعب الأزرق/ الأحمر». في تجربة جيدة لتطبيق أسلوب «التدريب المرحلي المقنن» DTT، تقلل أو تخفض المحفزات بصورة مخططة ومنظمة، وذلك بهدف إضعافها تدريجيا ثم سحبها نهائيا، ويصبح المثير المناسب فقط هو القادر على استثارة الاستجابة. في المثال الذي نحن بصدده تقوم المدرسة بإبعاد إصبعها عن المكعب تدريجيا كوسيلة لإطفاء المثير في الوقت الذي يستمر فيه الطفل بالتدريب. والفكرة هنا أن ننقل السيطرة على سلوك الطفل في المحفز (الإشارة بإصبع) إلى المثير المناسب المطلوب من الطفل تحديده (المكعب ذي اللون الصحيح). هذا النوع من المحفزات يستخدم مع الجميع وليس الأطفال التوحديين فقط. غير أننا نعلم أيضا أن مشكلات الانتباه التي يعاني منها التوحديون تجعل فطامهم عن المحفزات وابتعادهم عنها أمرا شديد الصعوبة، وتزخر أدبيات التعليم بالدراسات والأبحاث التي طرحت هذا الموضوع والخاص بالمحفزات سواء تقديمها أو إطفاؤها وإبعادها.

مواضيع مرتبطة بتقبل الطفل والاختصاصي الإكلينيكي للعلاج

من أكبر المشكلات أو العقبات التي تواجه برنامج التدريب بالمحاولات المرحلية DTT والذي يتميز بالتخطيط المحكم و«الميكانيكية» عدم تقبل الآباء والإكلينيكيين والأطفال له. وبصراحة فإن هذا الأسلوب قد لا يكون مريحا أو ممتعا لكل من المعالج الذي يطبقه، أو الطفل الذي يتلقاه.

إن الصورة الأصلية من برنامج التدريب بالمحاولات المرحلية تتطلب من الطفل عادة أن يجلس على كرسي مقابل المعالج، والقيام بعمل ما يطلبه منه. وعلى الرغم من أن المعالج يبذل جهدا لتشجيع الطفل وزيادة دافعيته، وذلك بتقديم أنواع الطعام واللعب المفضلة لديه، فإنه عادة لا يستمتع بالتدريب. فقد لا يريد الجلوس على الكرسي، وقد لا يكون مهتما بالوظائف التي

يتعلمها، أو راغبا في عمل شيء آخر (أي شيء آخر)، وقد يجد المهمة المطلوب تعلمها صعبة جدا. هذه المواقف هي التي قد تظهر سلوك الهروب والتجنب من قبل الطفل، مثل البكاء، والصراخ، وقذف المواد المستخدمة في التدريب، ومحاولة ترك الجلسة أو المكان، أو القيام بسلوك عنيف ضد المعالج (مثال على ذلك العض أو الضرب أو القرص). وبينما يستطيع الطفل الطبيعي أن يعبر عن ضيقه من التدريب بأن يقول «أنا متعب»، أو «لا أريد أن أفعل هذا»، أو «إن هذه صعبة جدا بالنسبة إلي»، فإن الطفل التوحدي أو من يعاني عجزا لغويا لا يجد وسيلة للتواصل والتعبير غير الثورة والغضب.

بالإضافة إلى ذلك، من المحتمل أن يجد الآباء والمعالجون هذا الأسلوب غير ممتع أو مريح، وأنه مخطط بإحكام وروتين شديد يجعل منه طريقة غير طبيعية (مصطنعة) للتعامل مع الطفل. بالإضافة إلى أن ذلك الأسلوب غير بديهي وغير تلقائي، والتقنيات الأساسية التي يتضمنها تتطلب أن يستمر الوالدان أو المعالج في تعليم تلك المهارات والتدريب عليها حتى يتقنها، مما يجعل عملية التدريب عملا مكثفا ومجهدا، خاصة بالنسبة إلى الآباء الذين لا يملكون خبرات أو خلفية تربوية سابقة، وحيث إن هذا الأسلوب غير ممتع أحيانا، وصعب التنفيذ أحيانا أخرى فقد أدى ذلك إلى مشكلة صعبة وحقيقية، باختصار فإن عدم استخدامه أمر محتمل جدا، ويمكن القول إن برنامج التدريب بالمحاولات المرحلية قد يكون علاجا فعالا مع معظم الأطفال التوحديين، ولكن هذا يتحقق في حال تم استخدامه.

استخدام الأساليب المنفرة

قد تكون الشكوى الرئيسية أو الشكوى الرقم واحد (والمصدر الرئيسي للجدل والاختلاف) في المنهج السلوكي بشكل عام وبرنامج «التدريب بالمحاولات المرحلية» DTT بشكل خاص هي استخدامها للمثيرات المنفرة أو غير المرغوب فيها. وعمليا، فإن المثير المنفر هو أي شيء لا يرغب فيه الفرد أو يحاول تجنبه. وتتراوح مثل هذه الأساليب بين العبوس كإشارة إلى عدم الموافقة أو كلمة «لا» بلطف وإيقاع الألم الجسدي كصفعة على المؤخرة مثلا.

وكما ذكر ســـابقا، فإن أحد أسباب اســـتخدام أو تطبيق العلاج السلوكي مع حالات التوحد هو أن الطرق والأســـاليب العلاجية السلوكية أثبتت فعالية في علاج بعض المشـــاكل الســـلوكية الصعبة لدى أولئك الأطفال، مثل سلوك إيـــذاء الذات، وهـــي أنماط لم يثبت وجـــود علاج فعال لها حتـــى الآن. لقد أظهرت الأمثلة أو التجارب الأولى لتطبيق النظرية السلوكية في علاج التوحد استخدام بعض أســـاليب التنفير الشديدة. مثل اســـتخدام لوفاس وسيمونز في دراســـتهم للصدمات الكهربائية الموضعية لوقف سلوك إيذاء الذات، وهو أسلوب مؤلم وإن لم يكن ضارا. وعلى الرغم من أن هذه التجربة كان لها تأثير كبير في الوقف الســـريع لسلوك إيذاء الذات، فقد وجد الكثير من المختصين أو أفراد المجتمع صعوبة في تقبله. وعادة ما يطبق العلاج الكهربائي بواسطة آلة تمســـك باليد، وهو ما أطلق عليه الكثيرون «نخس الماشية» Cattle Prod (لم يكن في الحقيقة ناخس الماشية لكنه بدا وكأنه صورة مصغرة عنه). وعلى الرغم من الرعب الذي أصاب البعض من تطبيق الصدمات الكهربائية المؤلمة، فقـــد تقبله البعض الآخر نظرا إلى أن ســـلوك إيذاء الـــذات لدى العديد من الأطفال التوحديين كان أكثر إيلاما وخطرا من، الصدمة الكهربائية.

ومـــا أدل على ذلك من حالة طفلة صغيرة أصبحت كفيفة بســـبب قيامها بقلع عينيها (سلوك إيذاء الذات)، والطفل الذي توفي لأنه كان يهرب من قيوده ويضرب رأسه في الإطار المعدني للسرير حتى توفي بسبب كسر في الجمجمة. وأذكر أننـــي رأيت خلال عملي مع الأطفال التوحديين في إحدى المؤسســـات العلاجيـــة طفلة تضرب وجهها في صنبور حوض الحمام حتى الإدماء. لم أكن لأتردد لحظة واحدة في اســـتخدام الصدمـــة الكهربائية لو كانت متوافرة في ذلك الوقت، إذا كان ذلك سيوقف الطفلة عن مواصلة ما كانت تفعله.

مـــن التطبيقات المبكرة للعلاج الســـلوكي والتي تضمنت التنفير أســـلوبا لتعديل الســـلوك، ما قام به إيفار لوفـــاس، عالم النفس من جامعة كاليفورنيا بلـــوس أنجلوس، وأحد رواد أســـلوب DTT، أي التدريب بالمحاولات المرحلية، الذي أعطى وصفا تفصيليا لكيفية اســـتخدام أســـلوب التنفير مثل قول «لا» بصـــوت عال، وأن يكون هذا مصحوبا بصفعة للطفل كأســـلوب عقابي نتيجة لقيامه بســـلوك غير مناســـب أو غير مرغـــوب فيه، مثل الاســـتثارة الذاتية،

أو إيذاء الذات، وفي بعض حالات الفشـل في الاسـتجابة في أثناء جلسات التدريب المرحلي. مثال آخر لا يبعث على السعادة، الفيلم التربوي الذي ظهر فيه لوفاس وهو يسـتخدم أسـلوب التنفير [11]. في ذلك الفيلم كان لوفاس يحاول أن يجعل الطفلة الصغيرة «باميلا» تتعرف أو تحدد لون قلم كان يحمله أمامها. وعلى الرغم من أنها أظهرت أنها تعرف الإجابة الصحيحة في تجربة سـابقة، فإنها أصرت على إهمال السـؤال والانغماس في الاستثارة الذاتية بحـركات يدوية غريبة، وبعد أن كرر لوفاس السـؤال عـدة مرات، طلب من الطفلة وبصوت عال أن تنتبه وصفعها على ساقها بقوة في الوقت ذاته. كانت هذه بالفعل لحظة قاسية، تبعها مباشرة أن توقفت باميلا عن حركات اليدين، وتعرفت على لون القلم بصورة صحيحة. لقد شاهدت الفيلم مرات عدة، وفي كل مرة ينجح هذا المشهد في إثارة الجمهور.

التنفير موضوع معقد. فمن جانب لا أحد يريد أن يسبب الألم لطفل، ومن جانب آخر، ثبت فعلا أن هذه الأسـاليب المنفرة والتي تسـتخدم كعقاب للطفل كانت فعالة في التعامل مع أكثر الأعراض التوحدية صعوبة وشـدة (الاستثارة الذاتية، وإيذاء الذات). والأمر المحير هو هل نستخدم العقاب كأسلوب علاجي؟ أم نترك الطفل يمارس سلوكا يتصف بالصفات التالية: 1 - خطير، 2 - يلحق الوصمة بالطفل، 3 - يتعارض مع التعلم والسلوك المناسب والسليم؟

جانب آخر يستحق البحث وهو أن استخدام العقاب في العلاج قد يمثل مصدرا لتدعيم المعالج الذي يطبقه، والسـبب في ذلك أن العقاب يؤدي إلى وقف السـلوك غير المرغوب فيه بسـرعة، وبالتالي هناك احتمال بأن يجد المعالج فيه أسـلوبا سـهلا وفعالا للحصول على نتائج سريعة (أو مباشرة)، وهناك احتمال كبير بأن يختار اسـتخدامه في المواقف المستقبلية، وهو أمر يسـتدعي القلق إذا كان المعالج يستخدم العقاب البدني. إن التطبيق المنظم والمخطط للعقاب كعلاج يتطلب الحرص والدقة والفهم الجيد لمبادئ التعلم. وما جاء في الأمثلة التي اسـتُخدم فيها الأسـلوب العقابي للعلاج أوضحت أن المختصين الذين طبقوه هم أفراد يتمتعون بالخبرة، وعلى معرفة بنظرية التعلم استخدموا الطريقة بشكل سليم. ويدرك المختصون وذوو الخبرات في المجال أن العقاب يساعد على وقف السلوك غير المرغوب فيه بشكل مؤقت،

أما إذا أردنا الحصـــول على أثر طويل المدى فمن الضروري أن نعلم الطفل الاســـتجابات المناسبة والصحيحة. فالعقاب يعلم الشخص ما يجب الابتعاد عنه وعدم فعله، وليس ما عليهم فعله، وبالتالي فمن الضروري أن نســـتبدل الســـلوك غير المرغوب فيه بتعليم الطفل ســـلوكا جديدا وإيجابيا. ولســـوء الحـــظ، لم يكن اســـتخدام التنفير في الماضي من أفـــراد على كفاءة عالية، واستُخدمت تلك الأساليب من دون ضوابط وبصورة غير مناسبة.

مـــازال موضوع أســـاليب، ومكونـــات التنفير ومدى تقبـــل المختصين لها كأســـلوب علاجي، موضعا للجدل. فمعظم الأفراد يعتبرون التنفير أو العقاب أمرا يتميز بالقسوة والشدة مثل الصوت العالي والصفع أو الصدمة الكهربائية وما شـــابه. بينما المنفر في الواقع هو شـــيء يرغب الناس في تجنبه. وهكذا نـــرى أن بعض العاملين في المجال يعتبرون مجرد كلمة «لا» أو حتى التقطيب والعبوس مثيرا منفرا، ويجب ألا يستخدم في علاج التوحد. ويعتقد هؤلاء أن كلمة «لا» أو «خطأ»، كردة فعل على قيام التوحدي بعمل ما، غير مناســـبة. لا أستطيع تصور عالم لا تستخدم فيه كلمة «لا»، وبالتأكيد لن أرغب في محاولة وقف طفل عن العدو في شـــارع مزدحم بالقـــول «أفضل لو أنك لا تعدو عبر الشـــارع» أو «دعنا نبحث عن بعض البدائل». في نهاية المطاف يبدو أن هناك عددا قليلا من المساندين أو الملتزمين بأي من وجهتي النظر السابقتين.

لحســـن الحظ، فقد تغير الكثير مع مرور الســـنوات. من النادر أن يستخدم العقـــاب والمنفر البدني في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في هذه الأيام. في الواقع، فإن ظهور وتطور أنماط علاجية لسلوك التوحديين الخطر والذي يشكل تحديا للمختصين يعتبر أكثر المبادئ إثارة للاهتمام في مجال التوحد. لدينا الآن فهم أكثر شـــمولا وتفصيلا للعوامل البيئية المحددة أو المسببة للسلوك التوحدي وكيفية التعامل معها، ويمكننا استخدام تلك المعرفة لمعالجة أطفال تلك الفئة من دون عقاب أو استخدام الأساليب المنفرة. ومن ثم فإن كثيرا من السلوكيات التي كانت تعالج بالأســـاليب المنفرة في السابق يمكن علاجها الآن وبفعالية من دون اســـتخدام التنفير. ويعكس هذا التغير في أساليب العلاج تزايد الوعي والمعرفة بالعلاقة بين الســـلوك والبيئة. كما يقيس التركيز الشـــديد على تطوير أساليب تقوم على «تدعيم السلوك الإيجابي» كما سنرى في المثال التالي.

إحدى الطرق الحديثة هي استخدام «ضبط المثير القبلي» لتغيير السلوك. فإذا استطعنا تجنب السلوك المنحرف أو التخريبي في المقام الأول، أي منع حدوثه، فلن تكون هناك حاجة إلى استخدام العقاب لوقفه. وتعطي الدراسة التي قام بها كل من توشيت، ماكدونالد ولانغر (Touchette ،MacDonald and Langer،) مثالا جيدا على ذلك الأسلوب، حيث أثبتوا كيف يمكن للفرد استخدام الأحداث المسبقة (أو المثير المسبق) لضبط سلوك شديد الانحراف [12]. فقد درس هؤلاء العلماء خلال عملهم في إحدى المؤسسات الداخلية للتوحديين، بعض الأطفال من تلك الفئة التي تمارس سلوكيات مثل العنف الشديد وإيذاء الذات وتخريب وتدمير الأشياء من حولهم، وغيرها من الأنماط السلوكية التي تمثل تحديا للقائمين على رعاية الطفل التوحدي. ولاحظوا أن هؤلاء الأطفال لم يكونوا منغمسين في ممارسة تلك الأنماط السلوكية بشكل دائم، الأمر الذي لم يكن مفاجئا بالنسبة إليهم. وفي الحقيقة كانت هناك أوقات تصرف فيها هؤلاء الأطفال بشكل جيد. حاول هؤلاء العلماء تحديد الظروف والأحداث التي كان الأطفال التوحديون يتصرفون فيها بشكل جيد. فوضعوا رسما بيانيا، حيث وزعوا عليه الجدول اليومي للطفل التوحدي على فترات أو مراحل قصيرة يمكن ملاحظتها. ولتقييم سلوكيات التوحديين سجل الباحثون أنشطة الأفراد وبشكل دقيق خلال اليوم (الأنشطة المستمرة مثل تناول الطعام ومشاهدة التلفاز وغيرها)، ومستوى السلوك المنحرف أو المضطرب. وبملاحظة ودراسة أنشطة الأفراد خلال اليوم استطاع الباحثون تحديد وتوضيح أن السلوك المضطرب يحدث بمعدلات عالية خلال قيام الأفراد بأنشطة معينة (مثل المواقف الملحة أو الضاغطة، أو وجود نزيل آخر)، بينما يحدث بمعدلات منخفضة جدا - وقد تصل إلى الصفر - خلال ممارسة أنشطة أخرى، (مثل تناول الطعام ومشاهدة التلفاز). وقد أثبت الباحثون بذلك أن خفض معدلات السلوك المضطرب إلى مستوى الصفر وبشكل مباشر أمر يمكن تحقيقه، وذلك بتوفير الظروف البيئية المرتبطة بالمعدلات المنخفضة له، وإبعاد الظروف البيئية المرتبطة بالمعدلات العالية للسلوك المضطرب. وهكذا، فإنه يمكن التحكم في السلوك الخطر والمضطرب بشكل مباشر وسريع، وذلك بالتحكم في الظروف البيئية بصورة لا تستثير السلوك المضطرب. قد يعترض البعض على هذا الأسلوب، إذ إن

الفـــرد لا يمكن أن يقضي يومه كاملا في تناول الطعام أو مشـــاهدة التلفاز. والرد علـــى ذلك بأن هذه المواقف «مواقف مؤقتة»، وعندما يصبح الســـلوك تحت السيطرة فمن المهم أن ندخل وبشكل تدريجي المشاكل التي تسبق أو تثير السلوك غير المرغوب فيه في الوقت الذي يتدرب فيه الطفل على التكيف مع تلك المشاكل والتعامل معها. ويمكن تحقيق ذلك بتقديم تدعيم إيجابي للطفل كلما طال الوقت الذي اســـتطاع فيه التكيف والاستمرار مع الموقف والأنشطة غيـــر المفضلة لديه، أو مكافأة الطفل إذا عبر عـــن عدم ارتياحه أو انزعاجه بصورة مناسبة وأكثر ملاءمة من الغضب والثورة.

إن معالجة المثيرات التي تســـبق السلوك هي إحدى الطرق التي ابتكرها الباحثـــون والإكلينيكيـــون في مجال الســـلوك الإنســـاني للتعامل مع أنماط الســـلوك التي كانت تعالج في السابق بالأســـاليب المنفرة أو العقابية. وتعتبر تقنيات التحليل الوظيفي أســـلوبا آخر يســـتخدم للغرض نفســـه. ويتضمن التحليـــل الوظيفي تحديـــد النتائج البيئية المترتبة على إتيان الطفل ســـلوكا مضطربا والتي تعمل أيضا على اســـتمرار ذلك الســـلوك. وفي مرحلة تالية يتدرب الفرد التوحدي على ســـلوك آخر أكثر إيجابية يمكنه من الوصول إلى النتائج نفسها التي يحصل عليها من البيئة ولكن بصورة مناسبة.

فـــي تجربة مثيرة للاهتمام أثبت كل من كار ودوراند (Carr and Durand) كيف يمكن أن يكون العنف وســـيلة للتواصل [13]، فقد لاحظا أنه إذا طلب من طفلة توحدية لا تستطيع الكلام القيام بوظيفة صعبة جدا عليها، فإن الأسلوب الوحيد الذي يمكنها اســـتخدامه للتعبيـــر عما تعانيه من إحباط وحاجتها إلى المساعدة هو مهاجمة المدرسة. وقد أدى سلوك الطفلة هذا إلى توقف المدرسة عـــن مطالبتها بالقيام بالوظيفة، وهذه هـي النتيجـــة المرغوب فيها (من وجهة نظر الطفلة طبعا)، حيث تتوقف المدرســـة عن الطلب ولا تكرره في المستقبل. لا ننكر أن اتباع وســـيلة أخرى للتواصل سيكون أفضل. فقد وجد كار ودوراند أنهما لو علّما الطفلة طلب المساعدة لفظيا أو باستخدام الإشارة اليدوية أو أي وسيلة أخرى للتواصل، كانت ستتصرف بأسلوب مناسب أكثر من دون أن تلجأ إلى مهاجمة المدرســـة. إن التدريب على «التواصل الوظيفي» يســـتخدم بشكل واسع لخفض المشاكل السلوكية والذي كان يعالج سابقا بالمثيرات المنفرة.

ردود على محدودية التدريب بالمحاولات المرحلية

الـ DTT المخفف

في الوقت الذي مازال فيه أسلوب التدريب المسمى بالتدريب بالمحاولات المرحليــة DTT يحظــى بمؤيدين، فإن محدودية فاعليتــه أدت بالبعض إلى الابتعاد عنه بسبب ما يتميز به من تخطيط محكم وتقنية عالية، والاتجاه إلى أسلوب أو طريقة أخرى تعالج نقاط الضعف تلك، ومنها أسلوبان تم تطبيقهما وهما أسلوبان يحاولان تفادي أوجه النقص في الأسلوب الكلاسيكي للتدريب بالمحــاولات المرحلية، مع المحافظة على التركيز على المبادئ الســلوكية التي توصل إليها بطريقة علمية.

ويقوم أحد هذين الأســلوبين على المحافظة على المنهج المنظم لأسلوب DTT، لكــن مع تفادي كل جانب من جوانب الســلوك المضطرب بشــكل مخطــط وتدريجي. وهكذا فإن مواضيــع التعميم والتلقائية، وردود الفعل الآلية (الأوتوماتيكية)، والاعتماد على المحفزات، كل ذلك استخدم كأساس لتصميم مناهج وطرق خاصة بكل مجال أو مشــكلة على حدة. في الواقع هناك طرق صممت لتحســين القدرة على تقييم المثير والاســتجابة، وهي أســاليب متوافرة للإكلينيكيين [14]. وقد دُمجــت هذه الطرق في الصورة المحسنة من أسلوب DTT والذي صمم لتحسين وتنمية القدرة على تعميم المثير. ولتوضيح ذلك نطرح المثال التالي: يُعلم الطفل سلوكا ما (استجابة) باســتخدام مثيرات متعددة بما في ذلــك طبيعة الوظيفة المطلوبة، الموقف أو المكان والأشــخاص. فبالنسبة إلى الطفل الذي يجيب بطريقة صحيحة عن عنوان منزله فقط إذا طرح عليه ســؤال محدد، وبأسلوب معين، يمكن أن نتفادى هذه المشــكلة وذلك بتدريبه على الاستجابة الصحيحة في حال طُرح الســؤال عليه بأكثر من أســلوب أو أكثر من طريقة خلال التدريب، مثل: «ما هو عنوانك؟»، «أين تســكن؟»، «أين هو منزلك؟»، وما شابه ذلك من أمور. ومن المفيد أيضا أنه لو طرح أفراد مختلفون السؤال على الطفل في أثناء التدريب وفي أكثر من موقف أو مكان. ويمكن أيضا تنمية القدرة على تعميم الاستجابة إذا ما حدث تدعيم لسلوك الطفل في أثناء التدريب باستخدام اســتجابات عدة بالتزامن مع تعليمات أو أسئلة مسبقة. ومثال

على ذلك أن يتدرب الطفل في أثناء عبوره الشارع أن يميز الضوء الأخضر للمشـــي والأحمر للوقوف، ســـواء كان راكبا سيارة أو دراجة أو يمشي على ســـاقيه، وغير ذلـــك، ويمكن تعليم الطفـــل كل ذلك بإعطائـــه التعليمات وتدريبه على أن الاســـتجابة الصحيحة يمكن أن تأخذ أكثر من أســـلوب. فلو ســـئل مثلا «أي هذه الأشـــياء لونها أحمر؟» فإن أشار الطفل بإصبعه إلى الشيء الأحمر وقال: هذا أحمر، أو إذا أمسك بالشيء الأحمر ووضعه فـــي يد الإكلينيكي، ففي الحالتين تكـــون إجابته صحيحة (أي نعلم الطفل إمكانية وجود أكثر من استجابة صحيحة للسؤال الواحد). ونرى هنا كيف يمكن خفض الاستجابات الآلية باســـتخدام هذا النوع من التدريب. ولقد تناولت هذه الأســـاليب التدريبية موضوع استمرار أثر التدريب والعلاج مع الوقـــت (التعميم بمرور الوقت)، أي المحافظة على أثـــر التدريب والقدرة على الاســـتجابة الصحيحة على الرغم مـــن تغير الوقت، وذلك بأن جعلوا الاســـتجابة في البيئة والظروف الطبيعية أمرا ممكنا وملائما. وبالإضافة إلـــى ذلك فإن تدريـــب المحيطين بالطفل كالوالدين والأشـــقاء والأصدقاء على استخدام تقنيات العلاج يســـاعد على استمرار أثر التدريب والتعلم. فالطفل في هذه الحالة يكون في بيئة علاجية بشكل دائم.

من المشـــاكل الأخرى التي تم تناولها بشـــكل خاص، مشكلة الاعتماد على المحفـــزات والتدعيم، والافتقار إلى التلقائيـــة، والمبادرة من جانب الطفـــل. وأصبح تقديم المحفزات منهجا وطريقة بحد ذاته، كما وضعت كثير من الخطط للمســـاعدة على تقليـــل الاعتماد على المدعمات. ومن الأســـاليب التي تعتمد على إطفاء المحفزات الأســـلوب المسمى «تأخير التدعيـــم»، وهـــو عبارة عن إطالـــة المدة الزمنية بين تقديم الســـؤال أو التعليمات للمتدرب وتقديم المحفزات. فلو ســـأل الإكلينيكي الطفل عن اســـمه قائلا «ما هو اسمك؟» يقول الإكلينيكي دنيس مباشرة، وبعد ذلك يكافـــأ الطفل عندما يقول دنيس بعد التدعيم (المحفز) مباشـــرة. وفي مراحل التدريب التالية، يطيل المعالج الوقت بين السؤال «ما هو اسمك؟» وبين تقديم المحفز «دنيس» إلى أن يقول الطفل اسمه قبل تقديم المحفز. وعند هذا المســـتوى نرى أن الطفل يجيب عن السؤال بطريقة صحيحة

مـــن دون الاعتماد على المحفـــزات. وعلى الرغم من أن هذا الأســـلوب الجديـــد في تقديم المحفـــزات كان مفيدا، فإن بعـــض الأطفال مازالوا يجدون صعوبة كبيرة في الاستغناء أو الانفصال عن المحفزات.

أما الافتقار إلى التلقائية فقد عولج عن طريق تخطيط وبناء الموقف التعليمي بطريقة يكافأ فيها الطفل عند إقدامه على الاســـتجابة الصحيحة في ظل غياب أي تعليمات أو أســـئلة مخططة ومســـبقة. ووفق هذا الأســـلوب تتعلم الطفلة أن «تعلق» أو تتحدث أو تستجيب إلى المؤثرات في البيئة من حولها بشكل تلقائي. كأن تتحدث الطفلة عما حدث في المدرسة ذلك اليوم من دون حاجة إلى السؤال.

في أيامنا هذه فإن أفضل برامج التدريب المرحلي تتضمن التقنيات والخطط التي من شـــأنها زيادة إمكانية التعميم وتحسين أساليبه، ونتيجة لذلك فقد تم تفـــادي معظم نقاط الضعف أو النقص التي لوحظت في الصورة الكلاســـيكية الأولـــى لذلك النوع مـــن التدريب (DTT)، وهكذا أصبـــح العلاج أكثر فاعلية. إن تضمين هذا البرنامـــج للتقنيات والطرق التي تزيد قدرة الطفل على تعميم الاستجابة تعني أيضا أن الأسلوب التدريبي أصبح أقل إحكاما وضبطا (ولذلك أطلـــق عليه التدريب المرحلي المخفف). وعلى الرغم من أن الأســـلوب التدريبي أصبـــح أكثر مرونة وأقل انضباطا، فإن غير المتخصصين مثل الآباء والأصدقاء مازالوا يجدون اســـتخدامه أمرا صعبا، ومازالـــوا في حاجة إلى تدريب مكثف وطويل حتى يصبحوا قادرين على تقديم العلاج بكفاءة للأطفال التوحديين.

التدريب ضمن المواقف الطبيعية

هو منهج علاجي جديد آخر يســـعى إلى تجنـــب نقاط الضعف في منهج DTT الكلاسيكي، والانتقال من أسلوب التدريب داخل المختبرات إلى طريقة أخرى طبيعية تســـمح للطفل التوحدي بتعلم الســـلوكيات في البيئة وفي ظل ظـــروف طبيعية. ولقد نشـــأت فكرة الانتقال من أســـلوب الضبط التجريبي والمحكم والذي تميز به DTT الكلاســـيكي إلى أســـلوب أكثر مرونة وقربا من الطبيعيـــة في اعتقاد المختصـــين أن ما لوحظ من عجز في قدرة الطفل على التعميـــم أو الاحتفاظ بأثر التدريب والعلاج قد يرجع وبشـــكل مباشـــر إلى طبيعـــة ذلك الأســـلوب DTT، والـــذي يُطبق في ظـــروف تجريبية مصطنعة

وخاصة بسلوك محدد دون غيره. فعندما يتعلم الطفل السلوك في ظروف تتميز بالضبط التجريبي المحكم وبأسلوب متكرر فمن غير المحتمل أن يتمكن ذلك الطفل من تعميم السلوك المتعلم داخل المختبر على البيئة الطبيعية التي تتميز بالتغير والاختلاف في المثيرات المسبقة، والمتطلبات السلوكية، كذلك في نتائج السلوك. لقد ثبت أن ما نحتاج إليه هو بيئة تعليمية وتدريبية تماثل وتحاكي البيئة الطبيعية وخاصة فيما يتعلق بالمثيرات المسبقة واستجابات الطفل، بالإضافة إلى النتائج البيئية المترتبة على ذلك السلوك.

والمثير للاهتمام ظهور العديد من المناهج والطرق المختلفة بواسطة باحثين مختلفين وفي مختبرات في جميع أنحاء البلاد. إن هذه النشأة المتزامنة لتلك المناهج تثبت أن كثيرين في المجال أصبحوا مدركين عيوبا وأوجه نقص في أسلوب DTT. أما تشابه المناهج الجديدة في كثير من الجوانب فيشير إلى أنها تسير في الطريق السليمة. إن ما تتمتع به المراكز العلاجية من ثبات ومصداقية في نتائجها وفي جميع أنحاء البلاد هو أمر نادر ويزيد من ثقتنا بتلك الأساليب والطرق.

لقد أنشئت العديد من المناهج والطرق الطبيعية تحت أسماء عدة، كما ثبت صدقها بصورة عملية، ومن أمثلتها «التدريب على الاستجابة المحورية» [15]، «التدريس التلقائي أو غير المخطط» [16]، و«التدريب البيني» [17].

تشترك هذه الأساليب في أمور عدة، مثل تدريس السلوك في البيئة الطبيعية، حيث يحدث بشكل تلقائي وطبيعي، كذلك استخدمت مبادئ السلوك نفسها، في التدريب المرحلي، ولكن في ظروف بيئية طبيعية. فالتدريب على اكتساب وتعميم أنماط سلوكية جديدة يتم وبشكل تلقائي في ظروف بيئية طبيعية. على العكس من منهج التدريب DTT الكلاسيكي، حيث يتم التدريب عادة في بيئة تعليمية شديدة الإحكام والتخطيط (داخل فصل دراسي أو المنزل)، ثم ينتقل التعليم بعد ذلك إلى البيئة الطبيعية بهدف التدريب على التعميم.

إن وصفا مختصرا لأحد هذه المناهج الطبيعية في التدريس، ولنفرض أنه التدريب على الاستجابة المحورية «PRT» (*)، سوف يوضح لنا كيفية تطبيق هذه الأساليب وتأثيرها، وكيف تختلف عن

(*) Pivotal Response Training.

أسلوب «DTT» في التعليم. أحد أوجه الاختلاف هذه يمكن ملاحظته في طبيعة المثير المستخدم في التدريب، فلنفرض أننا نريد تعليم طفل مفهوم اللون مثلا. يمكننا في هذه الحالة أن نعلمه اسم اللون «أصفر» باستخدام تعليم مخطط ومقنن وتدريجي يتضمن بطاقات صفراء ومربعات صفراء وغير ذلك، وهي الطريقة التي يتم فيها التدريب وفق منهج DTT. غير أن مفهوم اللون يمكن تعليمه أيضا بأسلوب آخر ضمن بيئة ومحيط طبيعي، حيث يمكن أن نجد الألوان بصورة طبيعية. وذلك بأن يسير الفرد في حديقة ويعلم الطفل أن هذه سيارة صفراء والدرج أصفر وليف الشجر قد يكون أصفر، وهكذا. وحيث إن الطفل لاحظ المثير الأصفر في ظروف طبيعية داخل البيئة، فإن تعميم هذا المفهوم يصبح أكثر احتمالا من دون الحاجة إلى التدريب على ذلك في المختبر.

فرق آخر بين منهج DTT، القديم (والحالي، إلى حد ما)، وبين البرامج التي تأخذ استراتيجيات وأساليب طبيعية مثل التدريب على الاستجابة المحورية PRT هو طبيعة التدعيم (أي النتائج التي يحصل عليها الفرد نتيجة أدائه سلوكا ما). ففي الوقت الذي يمكن فيه استثارة الدافع لدى الأطفال الطبيعيين بواسطة المديح أو التشجيع الاجتماعي، أو بقبلة أو احتضان، أو مناوشة الشعر، فإن الأطفال التوحديين لا تحركهم مثل هذه الأشياء والتي تعتبر رمزا للتعاطف والمساندة الاجتماعيين. فمن المعروف أنه يصعب خلق الدوافع لدى الأطفال التوحديين، فإذا علمنا أن العزلة وعدم الاستجابة للمثيرات الاجتماعية هي العرض الرئيسي والأساسي لاضطراب التوحد، فلن نفاجأ بالأمر. وبسبب تلك الصعوبات في مجال التفاعل الاجتماعي، فإن أساليب التدخل والعلاج السلوكي المبكرة اعتمدت على استخدام المدعمات التي تثير سلوك هؤلاء الأطفال مثل الطعام والشراب أو المساعدة على الوصول إلى لعبتهم المفضلة. ومازالت مثل تلك المدعمات تستخدم حتى الآن، خصوصا في برامج التدريب المرحلي DTT، لكن بما أن «العالم الواقعي» لا يقدم لنا مثل تلك المدعمات أو

النتائج، فمن المتوقع أن ما يكتسبه الطفل من مهارات سلوكية لا تعمم أو تستمر في ظل مثل هذا الأسلوب من التدريب. فليس هناك من يمشي في البيئة من حولنا ويعطينا قطعا من الشيكولاتة أو رشفة من العصير عند أدائنا سلوكا اجتماعيا مقبولا، أو لكوننا اجتماعيين، أو لأننا نتكلم في حياتنا اليومية. والواقع أن مهاراتنا اللغوية والاجتماعية تثبت وتستمر بواسطة النتائج المترتبة على سلوكنا والمرتبطة به بشكل مباشر. ومثال على ذلك إذا كنت أريد طلب كتاب معين من موظف المكتبة وقلت له «أريد هذا الكتاب»، فهذا ليس لأنني أتوقع أو أريد منه أن يقول لي: «كلام جيد»، أو أن يعطيني قطعة من الحلوى. فأنا أريد الكتاب، وحصولي عليه هو الشيء الذي سيثبت الكلمات ويجعلني أكررها في الظروف المشابهة. كذلك فإن أساليب ومناهج التعليم الطبيعي والتلقائي للأطفال التوحديين تستخدم المدعمات المرتبطة بشكل مباشر بسلوك الطفل. وهكذا فإن المدعمات الطبيعية ستساعد على تدعيم سلوك الطفل بشكل مباشر والاحتفاظ بذلك السلوك ثم تعميمه. إن النتائج والمدعمات الطبيعية تسمى بالمدعمات المباشرة، تمييزا لها عن المدعمات «غير المباشرة» وغير المرتبطة بالاستجابة (كأن يحصل الطفل على طعام لأنه قال سيارة). فلو كنت أعلم أو أدرب طفلة على كيفية استخدام لعبة على شكل سيارة كانت قد اختارتها على سبيل المثال فأنا أعلم أن السيارة هي التدعيم المباشر للتلفظ بالكلام. فإذا قالت أريد دحرجة السيارة فإن التدعيم المناسب لقولها «دحرجة» هو السماح لها بدحرجة السيارة. فالسماح للطفلة «بدحرجة» السيارة يعتبر مدعما طبيعيا أكثر من قطعة من الشيكولاتة أو التشجيع اللفظي بالقول «كلام جيد». التدعيم المباشر هو الأسلوب الذي بواسطته يتعلم الأطفال الطبيعيون كيف يستخدمون اللغة في بيئتهم الخاصة. وعندما نضع في اعتبارنا أن أغلبية الناس يكتسبون ويستخدمون المفاهيم المعممة بسبب تأثيرها المباشر في البيئة من حولنا، فمن المنطقي بالتالي أن يؤدي التدعيم المباشر إلى تنمية القدرة على التعميم. (تجدر الإشارة إلى أن الطعام يمكن أن يكون تدعيما

مباشرا أيضا، فإذا كان الطفل يتحدث عن الطعام، فإن تسهيل وصوله إلى الطعام يعتبر تدعيما مباشـــرا، أي أن الطفل قد يقول أريد «قطعة البسكويت الكبيرة» أو «التفاحة الحمراء» لكي يصل إليها).

أســـلوب آخر اســـتخدم في منهج التدريب المحـــوري أو التدريب على الاســـتجابة المحوريـــة لزيادة دافعيـــة الطفل للتعلم، وهـــو إعطاء الطفل اختيـــار نوعية أو طبيعة عملية التعلم. ففي حالة «التدريب المرحلي DTT الكلاسيكي، من الشائع أن المعالج يتخذ القرار فيما يتعلق بالمهارة التي يتم التركيز عليها، والمثير الذي يمكن اســـتخدامه، والنتيجة أو التدعيم الذي ســـيحصل عليه الطفل نتيجة لذلك الســـلوك. أما في المناهج والأساليب الطبيعية مثل منهج التدريب على الاستجابة المحورية PRT، فيسمح للطفل بأن يختار تلك الأمور. ولذلك فإننا نتوقع مســـتوى أعلى من الدافعية من جانـــب الطفل مقارنـــة بالوضع عندما يتخذ المعالج القـــرارات. وقبل كل شيء، فإن أيا منا سيكون أكثر دافعية للاشتراك في مناقشة أو جدال في موضـــوع اختاره مقارنة بموضوع فرض عليه فرضا. فإذا قدمنا مجموعة مختلفـــة من اللعـــب لطفلة توحدية، كأن نقدم لها أشـــياء صالحة للأكل، وغير ذلك، وطلبنا منها أن تختار شـــيئا منها، فإننا نكون متأكدين تقريبا مـــن أن الطفلة مهتمة بالشـــيء الذي تم اختياره. وهـــذا يعني أن الطفلة ســـتكون متحمسة للعمل من أجل الحصول على ذلك الشيء، حيث يشكل تدعيما قويا لها.

فرق آخر بين الاســـتراتيجيات والأســـاليب الطبيعية، مثل PRT وبين التدريـــب المرحلي DTT هو في طبيعة أو نوعية الاســـتجابة المطلوبة كي يســـتطيع الطفل الحصول على المكافأة أو التدعيم. ففي حالة أســـلوب التدريب المرحلي تُحدد اســـتجابة واحدة ومحددة على أنها الاســـتجابة الصحيحة، وهي كذلك الاستجابة الوحيدة التي يتم تدعيمها ومكافآتها، أو اســـتجابات أخرى وبالمستوى نفسه في الجودة. فهذا في الواقع يؤدي إلـــى الإحباط من جانب الطفل، فلو لم يكـــن التدريب محكما جدا ويتم بعنايـــة خاصة، فإن الطفل ســـيقع في أخطاء. وفي ظـــل تلك الظروف هنـــاك احتمال كبير بأن يتوقـــف الطفل عن المحاولة وعن الاســـتجابة،

ويصاب بنوبة غضب. لقد لاحظ البعض في الحقيقة تشابها كبيرا بين ظاهرة «العجز المتعلم» التي كانت واضحة في الأبحاث التي أجريت على الحيوانات [18]، وانعدام الدافع للاستجابة التي لوحظت لدى كثير من الأطفال التوحديين. ففي حالة ظاهرة العجز، تصل الحيوانات إلى هذه المرحلة عندما تدرك أن السلوك الذي تقوم به لم يؤد إلى نتيجة ولم يكافأ. فتحت مثل تلك الظروف يتوقف الحيوان عن الاستجابة أو حتى المحاولة، وقد يبدو عاجزا عن تعلم استجابات جديدة في بعض الأحيان، ولذلك فإنه لا بد للطفل التوحدي من أن يتعلم بشكل متكرر وآنيّ أن سلوكه يسيطر على البيئة من حوله، وأن سلوكه هذا مرتبط بما يحدث له فيما بعد. إن أسلوب التدريب المحوري أو المركزي PRT، عالج وتعامل مع هذا الاحتياج للطفل التوحدي (أي الحاجة إلى التدعيم المباشر والدائم)، وذلك بتدعيم الاستجابة الصحيحة أو التي تشبه الصحيحة ولأي محاولة سليمة للاستجابة. على العكس من أساليب التدعيم بالمحاولات المرحلية الذي تدعم فقط الاستجابات السليمة جدا. وهذا يعني أن الطفل سيتمكن من الوصول إلى الدعم المباشر مقابل المحاولة وليس فقط نتيجة للاستجابة الصحيحة فقط. ومن هنا، إذا جرى تدعيم المحاولة، فسوف يقوم الطفل بمحاولات أخرى، وبتكرار وتعدد المحاولات ستكون هناك فرصة أكبر للتعليم. وبالإضافة إلى ذلك، وحيث إن المحاولة تكافأ، وبالتالي سيحصل الطفل على التدعيم بشكل متكرر، فإن هذا سيؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الدافعية لدى الطفل.

ويتضمن أسلوب PRT «تبادلا للأدوار»، حيث يشترك كل من المعالج والطفل في أسلوب تفاعلي تلقائي وطبيعي يعتمد على «الأخذ والعطاء» أكثر من برنامج DTT. فقد يمسك المعالج بلعبة على شكل سيارة كان الطفل قد اختارها ليلعب بها، ويقول «سوف أجعل السيارة تتحرك بسرعة» بينما يحرك السيارة على الأرض، ثم يعطي السيارة للطفل قائلا «ماذا ستفعل بالسيارة»، وهكذا. إن تغيير الاستجابة يساعد على تحقيق أمرين هما السماح بتقليد عدد من نماذج الاستجابات المناسبة بواسطة المعالج، وإدماج الطفل بأسلوب من التفاعل الاجتماعي القائم على الأخذ والعطاء (اتجاهين)، وهو إحدى

سمات التفاعل الاجتماعي الطبيعي، فوق كل ذلك، فإن هذا النوع من التفاعل الاجتماعي يسمح للطفل بأن يدرك أن شيئًا واحدا قد يكون مرتبطا بمجموعة مختلفة من الأحداث، وهذا بدوره يشجع على التعميم.

من المهم جدا أيضا التركيز على تنظيم أو ترتيب البيئة التعليمية، في حالة الأساليب التلقائية الطبيعية. وينسق مكان التدريب، ويرتب بعناية وبطريقة تشجع وتحفز الطفل على الكلام، واللعب، وغيرها من الأنشطة التي قد تمثل تدعيما ومكافأة للطفل بحد ذاتها. ومع ذلك فإن تحديات العملية التعليمية تسمح بوجود التعليمات. فعلى سبيل المثال توضع اللعبة التي يرغب الطفل في الوصول إليها بعيدا عن متناول يديه (وهنا يضطر الطفل إلى استخدام اللغة لكي يطلبها)، وتوفَّر الألعاب ذات الألوان الساطعة (إذا كان هدفنا تعليم الألوان)، وتوضع الألعاب المرغوب فيها في صناديق محكمة الإغلاق وبعيدة عن متناول الطفل، (حتى يتعلم الطفل طلب المساعدة). مهم جدا أن نوضح أن أسلوب التدريب التلقائي والطبيعي، على رغم أنه لا يتضمن أسلوب التعليم المرحلي والمتكرر الذي نلاحظه في منهج التدريب المرحلي DTT، قد يتضمن محاولات عديدة وفي فترة زمنية قصيرة، ولكن بأسلوب تلقائي وطبيعي. ومثال على ذلك، تكون الفترة الزمنية للأدوار المختلفة في عملية تبادل الأدوار التي ذكرت سابقا قصيرة، أو أن الطفل يحتاج إلى طلب قطعة البسكويت أكثر من مرة، حيث إنه يعطَى جزءا من البسكويت في كل مرة يطلبه فيها.

إن هذه الأساليب التفاعلية وما تقدمه من تنوع طبيعي ستقلل، وبلا شك، من احتمالات ربط استجابة معينة للطفل بمثير واحد ومحدد. وفي هذه الأساليب تتغير المثيرات والاستجابات، وكذلك المكافآت والتدعيم في التدريب بشكل متعمد وإرادي، وهذا بدوره يخفض المشاكل المتعلقة بالتعميم والذي يتسم به منهج DTT، وفضلا عن ذلك فإن الأساليب الطبيعية في التدريب تستخدم في تعليم مهارات عدة بجانب اللغة. فعلى الرغم من أنها استخدمت في تعليم اللغة بداية الأمر، فإنها استخدمت بنجاح في تعليم اللعب، والمهارات الاجتماعية، والسلوك الأكاديمي.

ويعرض الجدول (6 – 1) ملخصا للفروق الرئيسية بين منهج التدريب المرحلي المقنن DTT والمناهج الطبيعية.

الجدول (6 - 1) مقارنة بين التدريب بالمحاولات المرحلية وأسلوب العلاج الطبيعي

الأساليب المرحلية		الأساليب الطبيعية
	طريقة أو خطة التدريس	
جلسات محكمة تتميز بالانضباط الشديد، يحدده المدرس الذي يبادر ويضع التجارب التعليمية، وذلك بتوفير فرص عدة للطفل للاستجابة على مراحل تفصل بينها مسافات زمنية محددة.		جلسات ذات خطوات وبناء مرن يحددها الطفل الذي يبدأ ويبادر بالمحاولات في ظل ارتباط إجرائي حر يركز فيه الطفل على مثير معين أو يعبر عن رغبة أو حاجة خاصة.
	كيفية توجيه التعليمات وترتيبات المكان	
تعطى التعليمات بصورة واضحة ومباشرة، يقوم بها المدرس، بينما يوضع الطفل في مكانه في جلسات التدريب المرحلي، حيث تمنع المقاطعة بالقدر المستطاع.		تعليمات غير مباشرة، كما يوضع المدرس والطفل في أماكن وأوضاع متغيرة في وجود مثيرات مختلفة ومتغيرة، مثال على ذلك، أماكن ومواقع لعب مختلفة.
	فرص اختبار المثيرات السابقة على الاستجابة	
يتم اختبارها بواسطة المدرب/ المعلم، وتقدم للطفل بشكل متكرر حتى يصل إلى معيار محدد في الإتقان.		تُختار بواسطة الطفل، ولذلك قد تختلف من جلسة إلى أخرى.
	الاستجابات المستهدفة	
استجابات خاصة ومحددة، مطلوبة لعدد من المحاولات المتتابعة.		لا يوجد ترتيب محدد للاستجابات خلال الجلسة العلاجية.
	أساليب تقديم المحفزات	
تقدم المحفزات بشكل متكرر مرتبط باستجابات مستهدفة محددة.		تختلف المحفزات (المكافأة) باختلاف الاستجابات التي يبادر فيها الطفل.
	المدعمات	
غير مباشرة وغير مرتبطة بالاستجابات المستهدفة بشكل وظيفي، لا تتغير (ثابتة) نسبيا خلال المحاولات كلها.		مباشرة ومرتبطة وظيفيا بالاستجابات المستهدفة. تختلف باختلاف مراحل أو جلسات التعليم.
	معايير تقديم «المدعمات»	
تقدم المدعمات عند استجابة الطفل بطريقة الصحيحة، أو عند الاقتراب التدريجي منها.		تدعم محاولات الاستجابة إيجابيا، وهو ما يسمى بالتشكيل المرن.

المصدر: اعتمد هذا الجدول على مقال لدنيس ج. ديلبراتو (Dennis J. Delprato) تحت عنوان «مقارنة بين التدريب المرحلي المقنن وعلاج السلوك اللغوي طبيعيا لدى الأطفال المصابين بالتوحد»، مجلة التوحد والاضطرابات النمائية (2001).

الجوانب الإيجابية للأساليب الطبيعية

هنـــاك كثير مـــن الجوانب الإيجابيـــة التي تميز الأســـاليب الطبيعية والتلقائيـــة، ممـــا جعلها أكثر جاذبية من الأســـاليب التدريبيـــة الروتينية المخططة والمقننة. أهم تلك الإيجابيات ما ثبت من فعالية الأساليب العلاجية الطبيعية وتفوقها على غيرها من الأساليب فيما يتعلق بزيادة القدرة على تعميم المكتســـبات ونتائـــج العلاج. لقد ثبت وبصورة عملية أن الأســـاليب الطبيعية ليســـت فعالة فقط، ولكنها قادرة على تحسين وعلاج العديد من أوجه النقص الخاصة والمرتبطة بالأساليب التي تتمتع بخصائص محكمة ومضبوطة بشكل شديد أيضا.

نقطـــة إيجابية أخرى تميز الأســـاليب الطبيعية وهي أنهـــا أكثر مرونة وقابلية للاستخدام، ومرغوب فيها بشكل أفضل من قبل مساندي المختصين وأشـــباههم مثل الآباء الذين يبدون أكثر تقبلا واستمتاعا بالأسلوب الطبيعي المرن من الأســـاليب التي تتميز بالتخطيط المحكـــم والضبط التجريبي مثل التدريب بالمحاولات المرحليـــة DTT. ولتوضيح ذلك نعرض التجربة التالية: حيث عُرض شـــريط فيديو على مجموعة من غير المتمرسين (طلبة المرحلة الجامعيـــة) يبـــين مجموعة من الآباء خـــلال عملهم مع أبنائهم باســـتخدام التدريـــب المرحلي المقنن [19]. ثم أُعطي الطلاب مقياســـا وطُلب منهم تقييم الآباء وتحديد أي مجموعة من الآباء أكثر حماســـا واهتماما وســـعادة خلال عملهم مع أطفالهم، هل هي المجموعة التي اســـتخدمت الأســـلوب الطبيعي، أم الأســـلوب شـــديد الضبط والإحكام؟ وبينت النتائج أن الآباء الذين طبقوا الأسلوب الطبيعي والمرن قد حصلوا على تقييمات أكثر إيجابية بشكل واضح وكبير من الآباء الذين طبقوا الأســـاليب المحكمـــة والمخططة DTT. وجدت دراسة أخرى أن التفاعل العائلي المنزلي للآباء الذين دربوا باستخدام الأسلوب الطبيعي والأكثـــر مرونة كانوا أكثر إيجابية من الآباء الذين دربوا بأســـلوب DTT [20]، كمـــا تبين من تقييمهـــم من قبل طلاب المرحلة الجامعية. إضافة إلى ذلك فقد تبين أن مستوى التوتر والضغوط لدى الآباء الذين تدربوا على اســـتخدام الأســـلوب الطبيعي التلقائي كان منخفضا، مقارنة بمستوى الآباء الذين تم تدريبهم على استخدام أسلوب التدريب المرحلي [21].

ميزة أخرى للأسلوب الطبيعي، وهو أنه أكثر قابلية للاستخدام بواسطة المدرسين والآباء في المواقف والظروف البيئية التي يحدث فيها السلوك بشكل طبيعي. ففي الوقت الذي يتطلب الأسلوب أو المنهج المقنن والمرحلي DTT إعدادا خاصا للمكان (كالكراسي وطاولة وبعض الأشياء الخاصة لتنفيذ جلسة تعليمية مخططة)، فإن المنهج الطبيعي يمكن استخدامه (وهذا في الواقع أفضل استخدام له) في الظروف والمواقف الطبيعية. فعلى الرغم من أن الأب يستطيع تعليم طفله التمييز بين الألوان باستخدام المكعبات ضمن المنهج المقنن، فإنه يستطيع أيضا تعليمه ذلك في أثناء تصنيف الملابس للتنظيف أو زراعة الورد في حديقة المنزل مثلا.

فالمواقف الأخيرة (الطبيعية) تتضمن تعلم الألوان أيضا لكن في ظروف وجودها، مما يساعد على تحسن القدرة على التعميم. ولزيادة القدرة على التعلم في المواقف الطبيعية، يتعين على الآباء تعلم كيفية انتهاز الفرص لتعليم المهارات في البيئة الطبيعية. فإذا لاحظت الأم مثلا أن طفلها يحاول الوصول إلى حبة تفاح موضوعة على الطاولة، فإن هذا يدل على أن الطفل اختار التفاحة، وأن لديه دافعا للوصول إليها. وهكذا يمكن للأم استغلال ذلك لتعليم الطفلة بأن تضع يدها على التفاحة وتسألها: «ماذا تريدين؟» (أو أن يطرح السؤال بلغة تناسب المستوى اللغوي للطفلة)، ومن ثم تسمح للطفلة بأخذ التفاحة مقابل قيامها بأي محاولة معقولة للوصول إلى الاستجابة الصحيحة أو القريبة من الصحيحة.

ميزة إيجابية أخرى للمنهج والأسلوب الطبيعي، وهي أنه يبدو ممتعا بالنسبة إلى الأطفال. لقد تم تأكيد ومساندة تلك الاقتناعات أو النقاط بواسطة البحث العلمي وليس مجرد الملاحظات العرضية. ففي دراسة أجراها كل من كوغيل وزملائه وجدوا أن الأطفال الذين تعلموا بالأسلوب الطبيعي كانت لديهم انفعالات أكثر إيجابية مقارنة بالأطفال الذين تعلموا وفق أسلوب التدريب المرحلي [22]. وفضلا عن ذلك، فقد تبين أن سلوكيات مثل: الهروب، والتجنب، والابتعاد، والصراخ، كانت أقل بكثير خلال جلسات التعليم بالأسلوب الطبيعي مقارنة بأسلوب التدريب المرحلي. وهذا بدوره يشير إلى أن الأطفال وجدوا الأسلوب الطبيعي في التعليم أكثر «مرحا»

وأقل إكراها من الأسلوب المخطط والمقنن. ولذلك، فإن المعلمين الذين يستخدمون الأسلوب الطبيعي يجدون أنفسهم أقل حاجة أو اضطرارا إلى استخدام الأساليب العقابية لوقف السلوك المضطرب أو المعرقل، لأن الأطفال أصبحوا لا يقومون بذلك السلوك بشكل كبير.

طبيعي جدا، أن تلك الأساليب الطبيعية في التدريب لا تخلو من النقد؛ فقد جادل البعض بأن الأبحاث المساندة لهذا الأسلوب ليست كافيه حتى الآن لنستنتج أن هذا الأسلوب التدريبي يتفوق بكثير على أسلوب التدريب المرحلي. وهكذا، فإن الجدل حول «أفضل» الأساليب السلوكية لعلاج التوحد يستمر كما هي الحال في كل الأمور الأخرى الخاصة بهذا الاضطراب. كذلك الحال بالنسبة إلى معاناة المدرسين والآباء والباحثين وغيرهم ممن يعملون في هذا الميدان. إن تلك الأساليب العلاجية لا تختلف فقط من حيث أيها أفضل في علاج التوحديين، ولكنها أيضا تختلف في المدى الذي سيصل إليه الطفل التوحدي. وكما سنرى في الفصل التالي فإن الجدل حول أساليب العلاج الأخرى قد وصل إلى مرحلة مركزية، وأن موضوع «أفضل» الأساليب السلوكية العلاجية مازال موضع تساؤل.



7

هل الأساليب العلاجية الأخرى فعَّالة؟

«على الرغم من أن أساليب العلاج لا تشكل أذى مباشرا للطفل، فإن البعض يرى أن الأساليب غير الفعالة منها تسبب أذى غير مباشر للطفل في صورة ضياع للوقت والجهد»

المؤلفة

- إذا لم يستطع الباحثون إثبات أن تطبيق الأنظمة العلاجية مرتبط بتحسن ملموس وواضح في أنماط السلوك الذي يتم تعلمه وبشكل قاطع، فإنه لا داعي لإهدار مزيد من الجهد والإمكانات في هذا المجال. فهل نطلب الكثير؟

(**هاورد غولدستاين - مجلة التوحد واضطرابات النمو**، 2000).

- لا نستطيع أن نستمع لأصحاب الفكر المتمني والنظريات الوهمية، ونفترض أن ادعاءاتهم بشأن كفاءة العلاج صادقة. شعارنا يجب أن يكون «أرني الحقائق والإثباتات».

(**هاورد غولدستاين - مجلة التوحد واضطرابات النمو** 2000)

خُصص هذا الفصل من الكتاب للحديث عن الأساليب التي سُخّرت لعلاج التوحد، ولكنها لم تجد المساندة والتأييد بالتجارب العلمية، كما هي الحال في الأساليب العلاجية السلوكية التي عُرضت في الفصل السابق. هذا لا يعني بالضرورة أن هذه الأساليب ليست فعالة أو مفيدة، ولكن عندما تم تقييمها قياسا بالمعايير العلمية لم تثبت كفاءتها. ويرجع ذلك إلى أن الأبحاث المطلوبة لبيان وتأكيد كفاءة تلك الأساليب لم تجر حتى الآن في بعض الأحيان، وفي أحيان أخرى فإن البيانات والمعلومات المساندة لتلك الأساليب جاءت على هيئة تقارير وصفية أو رسوم بيانية، وليست أبحاث ودراسات علمية. وفي أحيان أخرى أُجريت بعض الدراسات لتقييم تلك الأساليب، ولكن النتائج كانت إما غير حاسمة أو متناقضة، أو أن الدراسات اعتراها الخلل والنقص للدرجة التي أصبح استخلاص نتائج حاسمة منها أمرا صعبا. نقطة أخرى تجدر الإشارة إليها وهي الفروق الفردية في استجابة الأفراد لهذه الأنماط العلاجية. ففي الوقت الذي يستفيد فيه البعض منها، فإن كثيرين أو حتى الأغلبية لا يستفيدون.

سبب آخر يجعل تقييم كفاءة هذه الأساليب العلاجية أمرا صعبا، وهو أنها غالبا ما تكون جزءا في مجموعة أساليب علاجية أكثر شمولا يتلقاها الطفل، وبالتالي إذا حدث تحسن في حالة الطفل، فمن الصعب تحديد التأثير أو المشاركة النسبية لكل أسلوب على حدة في حدوث ذلك التحسن. فلو افترضنا، على سبيل المثال، أن طفلا صغيرا يتلقى أساليب علاجية عدة في جلسات فردية مكثفة مثل التدريب المرحلي، وجرعات يومية من الميغافيتامين، والتدريب على دمج المثيرات السمعية، بالإضافة إلى نظام غذائي خال من الأجبان، فإننا لا نستطيع أن نستخلص أن التحسن الحاصل في حالة الطفل (هذا في حالة حدوثه) يرجع إلى أحد تلك الأساليب العلاجية. كذلك يجب أن نأخذ في الاعتبار تأثير عامل النضج، خصوصا في حالة الأطفال صغار السن. مشكلة أخرى تعتري عملية تقييم الأساليب العلاجية التي نحن بصدد عرضها، وهي أن تحسن الطفل عادة ما تحدده تقارير الآباء

والاختصاصيين الإكلينيكيين، وهناك احتمال كبير أن تكون تلك التقارير منحــازة إلى رغبة مبررة وغير مقصودة من جانب الآباء والمختصين في أن يروا هذا التحسن.

ومــن الجدير بالذكــر أن أغلبية تلك الأســاليب العلاجية أســاليب حميدة، بمعنى أنها لا تســبب ضررا أو ألما للطفل (باستثناء حالات قليلة جدا ســتُذكر لاحقا). وعلى الرغم من أن أســاليب العلاج لا تشكل أذى مباشــرا للطفل، فإن البعض يرى أن الأســاليب غير الفعالة منها تسبب أذى غير مباشــر للطفل في صورة ضيــاع للوقت والجهد. فالطفلة التي تقضــي وقتا في علاج غير فعال كان يمكنهــا أن تقضي هذا الوقت في عــلاج آخر أكثر فعالية. وينطبق هذا الكلام على الوالدين اللذين يبذلان الجهد والوقت والمادة أيضا. غير أن الخسارة الرئيسية تكمن في الحزن والألم عند فشــل العلاج. وبلا شك فإن الخسارتين المادية والمعنوية أمر شديد الإيلام للوالدين.

كل تلك العوامل ســاهمت في إذكاء الجدل المحتدم والمشحون عاطفيا، والذي نشــأ بســبب تلك الأســاليب العلاجية. فالجميع متحمس لوجهة نظره وفلســفته ومتعاطف معها بشكل شديد. فالآباء الذين يحملون الأمل والمعرضون للألم أو الجرح العاطفي واليائسون أيضا كل هؤلاء متعطشون لكل ما يمكنهم من مســاعدة أطفالهــم، وبالتالي فهــم يدافعون بكل قوة ونشــاط عما يعتقدون أنه علاج فعــال لأبنائهم أو حتى علاج معجزة. أما العلماء والإكلينيكيون فقد كانوا عمليين أكثر في تفاعلهم مع تلك الأساليب وأكثر نقدا لها. كما أنهم لا يريدون رؤية الوقت والمال وحتى الآمال تستثمر في ملاحقة الســراب وتصبح تلك المواجهات أكثــر حدة عندما يقدم كل من جانبه الأدلة التي تثبت وجهة نظره، وتؤكد موقفه. ولســوء الحظ فإن هذه هي الحال فيما يتعلق بمعظم أنواع العلاج التي ســيتم شرحها لاحقا في هذا الفصل.

وعندما يضطر الآباء إلى دراسة الأساليب العلاجية المتوافرة حاليا، والاختيار بينها، ســواء ثبتت فعاليتها أو لم تثبــت، فإنهم يصبحون في موقف شــديد الصعوبــة. وحيث إن الآبــاء يبحثون ويريــدون الأفضل

لأطفالهم، نجدهم قلقين ومترددين في اختيار أو البدء في أي برنامج كان. هذا التردد يجعلهم يواجهون خطر خسارة التدخل في الوقت المناسب، خصوصا في سن صغيرة، حيث نعرف أهمية التدخل المبكر. وفي الجانب الآخر نجد بعض الآباء يحرصون على إدخال أبنائهم في كل البرامج العلاجية التي يستطيعون إدخالهم فيها حتى لا يخسروا البرنامج «الصحيح»، وهذا يشكل خطرا في حد ذاته. فالطفل قد يوضع في كثير من البرامج بحيث يكون الوقت الذي يقضيه في برنامج فعَّال حقيقة قصيرا جدا. فضلا عن أن العلاج المتعدد الأساليب هو أمر مرهق جدا ومربك للطفل، ولذلك فهو يحد من فعالية الأساليب العلاجية كل على حدة. كما أن الانضمام إلى برنامج علاجي متعدد الأساليب يجعل من الصعب إرجاع تحسن الحالة إلى أي منها. كما أنه تبديد لوقت الأسرة ولمالها.

لا أدعو إلى رفض كل الأساليب العلاجية التي لم تحصل على مباركة التدقيق العلمي، ولكن يتعين على الآباء والاختصاصيين الإكلينيكيين أن يثقفوا أنفسهم في الأنماط العلاجية المختلفة وتقنياتها ليتمكنوا من اتخاذ القرار السليم فيما يتعلق بالعلاج. من الطبيعي أن جزءا كبيرا من تلك المعرفة يجب أن يُستمد من تقييم موضوعي لتلك الأساليب، على أن يجري هذا التقييم على أيدي باحثين قادرين على أداء أبحاث موضوعية تتسم بالضبط العلمي، وممن ليس لهم مصلحة عاطفية أو مادية في أي أسلوب من أساليب العلاج المقترحة. فإذا حصلنا على الحقائق الواضحة فإن المستفيدين من تلك الأنماط العلاجية لن يكونوا تحت تأثير المبالغات أو الشهادات والنوادر غير العلمية أو آراء الأصدقاء. وهذا بدوره يضاعف من احتمالات حصول الأطفال على أفضل أساليب العلاج المتاحة.

سأتناول أولا الأساليب العلاجية واسعة الانتشار على الرغم من افتقارها إلى التأييد العلمي الكافي والضروري الذي حصلت عليه أساليب العلاج السلوكية. ومن ثم سأتناول الأساليب الأقل فعالية وتأثيرا، على الأقل بالنسبة إلى أغلبية الأطفال الذين يعانون التوحد.

الأساليب العلاجية محتملة الفعالية

هناك بعـض الأسـاليب العلاجية التي تشـبه الأسـاليب العلاجية التـي ثبتت فعاليتها عمليا فـي كثير من الخصائـص، ولكنها لم تخضع للاختبار العملي للتحقق من فعاليتها، أو أن النتائج التي اسـتُخلصت من تلك الاختبارات لم تكن حاسـمة. لقد استندت تلك الأساليب إلى أساس تربوي تعليمي وبالتالي فهي تشترك مع كل من الأساليب المخططة والمقننة والأسـاليب الطبيعية معا في كثير من الخصائص، ومن هذه الأسـاليب العلاجية ما يلي:

أسلوب «زمن على الأرض» Floor Time

– لقد كان لهذا الأسلوب تأثير ملحوظ في تطور حالة الأطفال. فكثير منهم أصبـح يميل إلى الآخرين بدفء ومـرح، وهي خصائص تتعارض تماما مع المعايير الأساسـية لتعريف التوحد. (س. آي. غرينسبان وس. فيدر)، (1998) [1].

– مع ذلك كان هناك عنصر رئيسـي جعل استخدام مجموعة مقارنة أكثر تعقيدا: فالآباء لم يكونوا راضين عن العلاج السابق، كما أن القائمين علـى عملية التقييم كانوا علـى علم بطريقة التدخـل أو العلاج. (المعهد الوطني للأبحاث، 2001) [2].

المنطلقات والخلفية النظرية

يسـتند هذا الأسـلوب العلاجي إلى النموذج النمائي والفروق الفردية والعلاقـات مـع الآخرين، وهو عبارة عن منهج تفاعلـي تطوري للعمل مع الأطفال التوحديـين وغيرهم من الأطفال المصابـين باضطرابات نمائية أخرى. ويفسـر هذا الأسـلوب، الذي أسـس بواسـطة كل من سـتانلي غرينسـبان وسـيرينا فيدر، التوحد على أنه اضطراب بيولوجي ناتج عن صعوبات في العمليات الحسية (أي استقبال واستيعاب المثيرات الحسيّة)، مما يمنع النمو والتطور الطبيعي للمهارات الاجتماعية ومهارات التواصل والمهارات المعرفية لدى الطفل. وقد تشـتمل تلك الصعوبات الحسية على

فهم المثيرات السمعية (الأصوات)، والتغيير أو التعديل الحسي والتخطيط الحركـــي. إن الهدف الأساســـي في هذا الأســـلوب العلاجـــي (زمن على الأرض) هو مســـاعدة الطفل على اجتياز الصعوبات في العمليات الحسية التي يعانيها لكي يستطيع التعاطف والتواصل وإقامة علاقات مع الآخرين المهمين في حياته.

يعتقد غرينســـبان وفيدر أن المحرك الرئيســـي للتطور والنمو هو العلاقات الاجتماعية، ويؤمنان بأن العقل البشـــري لا ينمو أو يتطور إلا برعاية العلاقات الإنســـانية. واســـتنادا إلى وجهة النظر هذه فإن العلاج بهذا الأسلوب يركز على علاقات التفاعل الاجتماعي كأساس للتدخل العلاجي.

وقد حدد كل من غرينســـبان وفيدر ســـت «مهارات وظيفية انفعالية» والتي تعتبر أساسية للنمو والتطور الطبيعي [3] وهي:

1 - القـــدرة المزدوجة علـــى الانتباه إلى المثيرات البصرية والســـمعية والحسية في آن واحد وتهدئة وطمأنة الذات.

2 - القدرة على الدخول في علاقات تفاعلية مع الآخرين.

3 - القدرة على التواصل المتبادل (ذو اتجاهين).

4 - القـــدرة على أداء حـــركات أو إيماءات معقدة، لربط سلســـلة من الأفـــكار أو الأفعـــال بعضها مع بعض للوصول إلـــى خطة مفصلة ومتعمدة لحل المشكلات.

5 - القدرة على الإتيان بأفكار جديدة (المرونة الفكرية).

6 - القـــدرة علـــى الربط بـــين الأفكار لتصبح مبنية على أســـاس حقيقي ومنطقي.

إن الهدف الأساســـي لهذا الأسلوب هو مساعدة الطفل التوحدي على اجتياز «السلم التطوري» أو النمائي، ومراحل النمو الحرجة.

يركـــز هذا المنهج على اتباع مراحل النمـــو الطبيعي عند التدريب على مهارات محـــددة، حتى إن بدا من الغريب أن يبـــدأ التدريب على مهارات النمـــو الحرجة مع طفل تخطـــى تلك المرحلة من العمـــر. فمن الضروري أن نبـــدأ عند المســـتوى الذي وصـــل إليه الطفل ثم نســـاعده على التقدم

والتطــور للوصول إلى مراحل النمو الحرجــة واجتيازها. (بمعنى آخر أن نبدأ عند المســتوى الفعلي للطفل وليس المســتوى المتوقع أن يكون عليه). وهكــذا تصبح اللغة والاندماج الاجتماعي مــع الآخرين واللعب هي بعض المهارات المســتهدفة والتي نسعى إلى تدريب الطفل عليها من خلال مروره بمراحل النمو الطبيعي. ويختلف أســلوب غرينســبان وفيدر عن غيره من المناهج الســلوكية من حيث إن تلك الأســاليب قد تركز على أنماط سلوكية لكونها أهدافــا علاجية مهمة، وليس بالضــرورة أن تكون ملائمة للمرحلة النمائيــة التــي يمر بهــا الطفل فعــلا، وبالإضافة إلى ذلك، فــإن التدخل الســلوكي المباشــر يبدأ بالتخلص من الســلوك المضطرب، حيث يرى هذا المنهج أن ضبط مثل ذلك الســلوك يعتبر متطلبا مســبقا للعمل على تطور وتنمية ســلوك آخــر مرغوب فيه. إن منهج «زمن علــى الأرض» يهدف إلى التخفيف من تلك الأنماط السلوكية بوصفها جزءا من منهج مستمر يتماشى مع النمو الطبيعي للإنسان.

العلاج

يقسم العلاج طبقا لهذا الأسلوب إلى ثلاثة أجزاء هي:

أولا: في المرحلة الأولى يشــترك الآباء مع أبنائهم، وذلك لخلق بيئة أو جو من المشاعر والأحاسيس التي تعتبر مهمة لاكتساب مهارات النمو الحرجة، ففي خلال تلك المرحلة يتعلم الطفل الإرشادات المدعمة للعلاقات الاجتماعية فيشعر بالثقة والأمان بشكل يساعده على التطور والانتقال إلى المرحلة التالية.

ثانيا: يطبق أســلوب «زمن على الأرض» بواســطة مختصين في النطق والعلاج بالعمل واختصاصي العــلاج الطبيعي والتربويين والاختصاصيين النفســيين الذين يســتخدمون تقنيــات متخصصة لمســاعدة الطفل على مواجهة بعض التحديات التي تواجهه، وتمهد لعملية النمو الطبيعي.

ثالثــا: يســتخدم الآبــاء - وبتركيز واهتمــام - أســلوبهم الذاتي في الاســتجابة لأطفالهم، كذلك الأسلوب الذي يتبعونه في التعامل معهم تبعا لمراحل النمو. وهذا بدوره يعمل على خلق بيئة اجتماعية ونمط من التفاعل العائلي ويساعد على النضج العقلي والانفعالي لكل أفراد الأسرة.

تمثـل تسـمية «زمن علـى الأرض» وصفا مباشـرا وصريحا لهذا الأسـلوب العلاجي: يتضمن العلاج العمل مـع الطفل على الأرض في سلسلة من الجلسات تتراوح مدة الجلسة الواحدة منها ما بين 20 و30 دقيقـة وتكرر عدة مرات يوميا. ويوجه العلاج وفقا لاهتمامات الطفل، أي أن الطفل هو الذي يختار المهارة أو النشـاط أو التدريب الذي يبدأ بـه، ويعمد الآباء إلى اتباع اختيار الطفل والاندماج معه في النشـاط والمهارة، وبالوقت نفسـه يمنح الطفـل الانتباه والاهتمام والتشـجيع الـلازم. والهدف من ذلك تنمية وتطوير القدرة على التواصل العاطفي والاجتماعـي الإيجابي، ما يخلق لدى الطفل رغبة في الاسـتمرار في التواصل والتفاعل. ومن خلال التفاعل يفتح هذا الطفل «دوائر للتواصل» مـع البالغين ويغلقها؛ ويتضمـن هذا قيام الطفل بالمبـادرة أو القيادة واسـتجابة البالغين له. وتعتبر دوائر التواصل تلك الوسيلة التي تمكن الطفـل من التطور واجتياز مراحل النمو الحرجة. وخلال ذلك يحرص الفرد البالغ على المحافظة على حالة الانتباه لدى الطفل والإبقاء على جـو من التعاطف الإيجابي، بينمـا يقدم تحديات صغيرة صممت لكي تسـاعده على تطوره واجتيازه مراحل النمو الحرجة واكتساب المهارات المتضمنة في تلك المراحل. وقد يكون بعض هذه التحديات إجباريا نوعا ما، ومثال على ذلك: لو أن طفلا كان يلعب بلعبة على شـكل قطار ولم يكن راغبا في مشـاركة الغير من البالغين فـي اللعب معه، فهنا يمكن للبالغ أن يحضر قطارا آخر ويحركه بحيث يقطع الطريق على الطفل، وبهذا يشـجع ردة فعل مـن جانب الطفل (تعتبر هـذه صورة أو دائرة أخرى للتواصل).

فـي الوضع المثالي، يقود هذا التفاعل الطفل إلى اجتياز مراحل النمو الحرجة بنجاح، ويساعده على الانتقال من حالة العزلة الاجتماعية والعجز عـن التواصل إلى حالة إيجابيـة، إذ يكون الطفل منسـجما مع الآخرين اجتماعيـا وانفعاليا، بالإضافة إلى تعلـم التواصل. كما أن مهارات أخرى مثل حل المشـكلات والإتيـان بأفكار جديدة والتفكيـر المنطقي هي أيضا أهداف علاجية مهمة لهذا الأسلوب.

هل ينجح؟

قدم كل من غرينسبان وفيدر جدولا يوضح تقريرا وصفيا مستندا إلى دراسة عُولج فيها 200 طفل توحدي ممن أثبتت حالاتهم نجاح هذه التقنية [4]. غير أنه يتعين علينا الحذر في حكمنا على هذا الأسلوب وذلك بسبب محدودية المنهجية المتبعة، مثل الافتقار إلى الضبط التجريبي، وعدم توافر اختبارات تبين مستوى الحالات بعد العلاج. وعدم توافر وصف تفصيلي للأسلوب العلاجي المستخدم.

وعلى الرغم من أن أسلوب «زمن على الأرض» لم يقيّم بطريقة موضوعية ومخططة، فإنه يشترك مع الأساليب العلاجية الأخرى التي ثبت صدقها وفعاليتها بصورة عملية في الخصائص الرئيسية والمهمة. وإذا تمعنا في الفنيات والمهارات الخاصة بمنهج «زمن على الأرض» العلاجي، فسنجد أنه يماثل بعض الأساليب العلاجية السلوكية الطبيعية مثل «التدريب على الاستجابة المحورية» (P. R .T). فكما جاء في وصف ذلك المنهج من الفصل السابق فهو يتضمن إعطاء الطفل حرية الاختيار وتبادل الأدوار والتغيير المتكرر للوظائف والمهارات التي يتم التدريب عليها والتدعيم المتلازم (مثل ردود فعل المعالج)، والمحافظة على مستوى من الدافعية لدى المتدرب. وقد شاهدت شريطا مصورا يبين بالغين خلال استخدامهم أسلوب «زمن على الأرض»، وأصبت بالدهشة لدرجة التشابه بينه وبين أسلوب «التدريب المحوري» (P .R .T). فعلى الرغم من أن الأساس النظري لأسلوب «زمن على الأرض» يختلف تماما عن أسلوب «التدريب على الاستجابة المحورية» فإن كيفية تطبيقهما (كذلك تأثيرهما في الطفل) متشابهة جدا.

ولكن في الوقت الذي خضع فيه أسلوب (التدريب على الاستجابة المحورية) وغيره من أساليب التدخل السلوكية لكم هائل من الدراسات العلمية لإثبات صدقها وفعاليتها، لم يخضع أسلوب «زمن على الأرض» لمثل تلك الدراسات للتحقق من صحته. أعتقد أن أسلوب «زمن على الأرض» سيلقى كثيرا من التأييد لو خضع لمثل تلك الاختبارات، غير أننا لا نستطيع الجزم بذلك.

هناك القليل من المواضيع التي تشكل قلقا فيما يخص أسلوب «زمن على الأرض». وأحد هذه المواضيع هو ما يقوله غرينسبان وفيدر من أن العمل مع الطفل يجب أن يتبع ترتيبا زمنيا محددا، على أن يبدأ التدريب عند المستوى الحالي للطفل، قبل أن ينتقل إلى مهارات أكثر صعوبة وتعقيدا، فالمهارات المبكرة تعتبر الأساس الضروري لتعميم ما تعلمناه على المهارات الأعلى مستوى والمحافظة عليها. يعتقد غرينسبان وفيدر أنه على الرغم من أن بدء التدريب عند مستوى ملائم للعمر الزمني للطفل قد يكون أمرا مغريا، خصوصا مع التركيز على المهارات اللغوية والتعرف على الألوان وغير ذلك من المهارات، فإن احتمالات فعالية هذا الأسلوب ضعيفة. وعلى الرغم من أن وجهة النظر هذه منطقية بالتأكيد، فهناك دراسات كثيرة أُجريت على مدى سنوات عديدة أوضحت أن بدء التدريب مع الطفل عند «المهارات عالية المستوى» كان فعالا، هذا لا يعني أن الأطفال ذوي القدرات الوظيفية المنخفضة جدا لن يستفيدوا من استهداف المهارات الأساسية والتدريب عليها، ولكن تبقى الحقيقة أن التدخل والأساليب العلاجية السلوكية أوضحت أنه ليس من الضروري أن نحدد المهارات المستهدفة بشكل يتناسب مع «العمر الزمني للطفل» بحيث نبدأ عند المستوى الحالي للطفل، ثم يتم الانتقال إلى المهارات الأكثر تعقيدا بالترتيب نفسه الذي يحصل في مراحل النمو الطبيعي.

أمر آخر يدعو إلى القلق هو انتقاد غرينسبان وفيدر للأساليب العلاجية السلوكية القائمة على التخطيط المحكم والضبط التجريبي، بحجة أن تلك المناهج العلاجية لا تضع الطفل في مواقف مرنة وتلقائية وأجواء من العلاقات الاجتماعية التي تجلب السعادة والفرح «مما يزيد من احتمالات المشكلات وحدتها» [5]. وبينما أتفق معهما على أن الأساليب السلوكية شديدة الانضباط قد لا تكون فعالة، فإنني أشك في أن يكون لها تأثير سلبي في الطفل. فلم يثبت علميا أن الصعوبات التي يعانيها الطفل تزداد حدة باستخدام أساليب شديدة الانضباط.

«تعليم» TEACCH (أحد الأساليب التدريبية)

– لم نجد برنامجا آخر يماثل أو يساوي منهج «تعليم» في تركيزه على نقاط القوة والقدرات التي يمتلكها الطفل المعاق وليس على نقاط الضعف، كذلك لم تحقق مؤسسة أخرى درجة النجاح الذي حققته مؤسسة «تعليم» في مساعدة المعاق على الوصول إلى أقصى مستوى يستطيع الوصول إليه [6]. ج. ب. مسيبوف (G. B. Mesibov، 1997).

– لقد تضمنت برامج تقييم أسلوب «تعليم»، معلومات عن مدى رضا المستفيدين من البرنامج ومعلومات عن الآباء والمتدربين والمؤسسات التي أعادت تطبيق الطريقة، بالإضافة إلى تقييم موضوعي لمهارات الآباء في التدريس، ومعلومات عن تقدم الطفل... أوضحت إحدى الدراسات الطولية التي وصفت تطور وتحسن عينات من الأطفال تلقوا التدريب في مؤسسة تعليم، زيادة ملحوظة في نسب ذكاء العديد من الأطفال التوحديين غير القادرين على استخدام اللغة، ممن شُخصوا في سن مبكرة. غير أن تلك الدراسات لم تكن تهدف إلى تقييم نتائج العلاج بشكل مباشرة [7] (المؤسسة الوطنية للأبحاث، 2001).

المنطلقات والخلفية النظرية

كان برنامج «تعليم» [*] TEACCH لعلاج وتربية الأطفال التوحديين وغيرهم من الذين يعانون إعاقة في مجال التواصل أكبر المؤسسات الحكومية وأكثرها تأثيرا في ولاية كارولينا الشمالية. الذي أسس في العام 1971 بواسطة الدكتور إيريك شوبلر Eric Schopler البروفيسور في جامعة كارولينا الشمالية في مدينة شابل هل (Chapel Hill). إن ما يميز هذا البرنامج «تعليم» عن غيره من أساليب العلاج الأخرى للتوحد هو شموليته وطبيعته المجتمعية. فالتعاون هو ركيزته الأساسية، إذ يسعى التنسيق والتعاون بين كل المختصين والمؤسسات التي تقدم الخدمات للطفل التوحدي وعائلته. فالآباء، ومدرسو التربية الخاصة، ومختصو علاج

(*) The Program For The Treatment and Education Of Autistic and Related Communication Handicopped Children.

اضطرابات النطق، والاختصاصيون الاجتماعيون، وغيرهم يشكلون فريقا علاجيا يعمل معا لمساعدة الأطفال التوحديين على الوصول إلى أقصى ما يستطيعون من قدرات. ولقد وُضع هذا البرنامج لمواجهة النظرية النفسية لتفسير التوحد. ففي الوقت الذي حملت فيه تلك النظرية الآباء «مسؤولية إصابة أبنائهم بالتوحد»، وأبعدتهم عن المشاركة في العلاج، سعى برنامج «تعليم» إلى جعل الآباء ركنا أساسيا ومهما من أركان البرنامج العلاجي، وليسوا مشاركين فقط.

يقر منهج «تعليم» بأن التوحد اضطراب ذو سبب عضوي فسيولوجي، ولا يمكن الرجوع بالمريض إلى حالة طبيعية. ونتيجة لذلك كان هدفه التركيز على نقاط القوة لدى الطفل والعمل على تنميتها وتطويرها من خلال التعليم المخطط والمقنن، ومساعدة الطفل على الاعتماد على نفسه، وذلك لإيصاله إلى أقصى درجة من التكيف يستطيع الوصول إليها عند البلوغ، ولم يكن الهدف بالطبع إرجاع الطفل إلى حالة طبيعية.

ويتحقق ذلك من خلال دمج أكثر من أسلوب أو منهج علاجي معا، مثل التدريب والتعليم الإجرائي، والمنهج السلوكي الطبيعي، والأساليب التعزيزية مثل تبديل الصور.

وحيث إن النظرية التي يستند إليها برنامج «تعليم» ترى أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات أساسية في العمليات المعرفية، خصوصا ما يتعلق منها بالسمع، أصبح التركيز الرئيسي لهذا الأسلوب العلاجي الخاص بالتوحد، قائما على التنظيم والتخطيط المحكم، مع الاعتماد على المثيرات البصرية. فكثير من الأساليب التدريبية ضمن هذا البرنامج استندت إلى ضبط المثيرات البصرية والاعتماد على حاسة البصر أكثر من غيرها.

العلاج

يستند العلاج وفق برنامج «تعليم» إلى المبادئ التالية:

1 - استغلال نقاط القوة لدى الطفل التوحدي لبناء جسر بين عالم الطفل التوحدي وعالم الطفل الطبيعي.

2 – التقييم المستمر لقدرات الطفل كوسيلة لزيادة احتمالات نجاحه وفرصته في الاستقلال.

3 – توفير بيئة مخططة بعناية لمساعدة الطفل على فهم معاني الأشياء من حوله.

4 – تقييم سلوك العناد والتحدي الذي يقوم به الطفل، مثل عدم الطاعة كمؤشر على عدم فهم الطفل للتعليمات لفعل ما يُطلب منه.

5 – إشراك الآباء باعتبارهم عنصرا حاسما ضمن الفريق العلاجي متعدد التخصصات والمجالات [8].

يستخدم منهج «تعليم» كثيرا من الأساليب والتقنيات العلاجية الخاصة، إذ تركز فلسفته العلاجية على ضرورة توفير بيئة مخططة وذات بناء محكم، ووضع أهداف يمكن تحليلها وظيفيا (أي أن الأهداف يجب أن تكون محددة ومجزأة بشكل إجرائي). وبناء على ذلك فإن البيئة التعليمية للطفل داخل الفصل الدراسي هي أحد أكثر الأماكن تنظيما وتخطيطا. هذا «التعليم المنظم أو المخطط» مصمم ليناسب الفروق الفردية بين الأطفال. فبعد إجراء تقييم دقيق ومستمر للطفل، تقدم له مجموعة من الواجبات التربوية بحيث تكون مصممة لتناسب قدراته وحاجاته الفردية. ويتم استكمال تلك الواجبات على منضدة عمل خاصة للطفل داخل الفصل الدراسي، حيث يُعطى عدة واجبات مثل تصنيف مكعبات ملونة، ووضع مجموعة من الأشياء مثل الحيوانات والنباتات كل على حدة، أو إكمال لغز ما، وطي الرسائل ليضعها في أظرف. وكما نرى فإن معظم هذه الواجبات تعتمد على حاسة البصر، ومن ثم تتطلب من الطفل استخدام تلك الحاسة.

ولتشجيع الطفل على الاستقلالية، يتضمن البرنامج جدولا يتكون من مجموعة من الصور تصف وتصور الواجبات التي يتعين عليه عملها خلال الحصة الدراسية. فالجدول المصور يساعد الطفل على إكمال الواجب الذي عليه إنجازه، ثم التعرف على ما الذي عليه أن يفعله في الخطوة التالية وهكذا. أي أن الطفل/ الطفلة يستطيع أن يتنبأ بما عليه فعله من دون الاستعانة بغيره، وهذه البيئة التي يمكن التنبؤ بها وذات التخطيط العالي هي البيئة التي يستطيع الطفل أن يتقدم ويتطور فيها بالأسلوب والسرعة

اللذين يناسبانه، كما تساعده على الإحساس بالنجاح والاستقلال، كل ذلك فـي موقف إيجابي واحد. بيئة كتلك تجعل التعلم ممتعا، وبالتالي تقلل من السلوك المزعج أو المشتت للانتباه له.

إحدى الخصائص المهمة لهذا الأسـلوب العلاجي التدريبي «تعليم» هو أن كل أسـاليب وطرق تعليم الطفل يتم دمجها والتنسيق بينها في برنامج واحد. ولذلك يُدرب الآباء على اسـتخدام الأسـلوب المستخدم نفسه في الفصل الدراسـي، وكذلك اختصاصيو علاج النطق وغيرهم ممن يقدمون الخدمات للطفل. كمـا أن التفاعل الدائم بين القائمين على خدمة الطفل يعتبر نقطة قوة رئيسية لهذا الأسلوب، فهو يسمح للطفل بتعميم ما تعلمه مـن مهارة لمهـارة أخرى عبر المواقـف والأماكن. ويهدف ذلـك البرنامج العلاجي إلى اسـتمرار هذا الأسلوب الشامل الذي يتسم بالتنسيق بين كل القائمين على علاج الطفل طوال حياته.

هل ينجح؟

كمـا هي الحال فـي برنامج «زمن على الأرض» فـإن برنامج «تعليم» يتكون من عدة أساليب للتدخل والعلاج ثبتت فعاليتها بشكل عملي. كما أن البرامج الأخرى مثل التدريب المرحلي، والعلاج السلوكي الطبيعي، وجدول الصور، وتدريب الآباء، كل هذه برامج جرى تقييمها بشكل موضوعي وثبتت فعاليتها. وعلى افتراض أن تلك الأساليب قد طُبقت بطريقة صحيحة، فلا يوجد سـبب يجعلنا نشـكك في فعاليتها. ومن الجدير بالذكر أن أسـلوب «تعليـم» كان من أول البرامج التي ركزت على الفـروق الفردية في العلاج. إن اسـتخدام طريقة أو خطة علاجية متعددة الأساليب، والتقييم المستمر، كذلك إشـراك الأسـر في تحديد الاحتياجات الخاصة للطفل وعائلته، كل ذلك مكن أسلوب «تعليم» من تلبية الاحتياجات الفردية لكل طفل. وهنا يبدو أن هذا البرنامج كان سابقا لعصره.

كما هـي الحال في برنامج «زمن علـى الأرض» هناك قلة من الأدلة والأبحاث التي أيدت فعالية برنامج «تعليم» الشامل (على الرغم من أنه وجد تأييـدا قائما على الأبحاث العلمية أكثـر من برنامج «زمن على الأرض»).

هذا في الواقع أحد الأمثلة على بعض الأساليب العلاجية واسعة الانتشار التي تستخدم بكثرة (في ورش العمل التدريبية)، ولكنها مازالت تفتقر إلى البراهين العلمية والعملية التي تثبت فعاليتها. لهذا السبب نستطيع القول إن هذا البرنامج هو برنامج فعال «غالبا»، من دون الجزم بذلك. فمن دون دراسات موضوعية تهدف إلى التقييم لا نستطيع أن نصل إلى نتائج حازمة وأكيدة. وهذا لا يعني بالطبع أننا نقلل من فعالية هذا البرنامج، ولكنه لم يخضع بعد للدراسات والأبحاث اللازمة لتحديد كفاءته. كما أن معظم الأبحاث المنشورة والخاصة بتقييم برنامج «تعليم» أُجريت بواسطة باحثين يعملون ضمن البرنامج وليس باحثين مستقلين، كما أن معظم المعلومات والبيانات الناتجة عن ذلك التقييم تتكون من تقارير الآباء والمدرسين، وعن مدى رضا المستفيدين من البرنامج. وفي الوقت الذي جاءت نتائج معظم تلك الدراسات المنشورة إيجابية جدا، فإن معظمها يعاني عيوبا منهجية حقيقية أعاقت الوصول إلى نتيجة واضحة وحازمة.

بالإضافة إلى ذلك، فقد أفادت نتائج قدمها كل من شوبلر، ومسيبوف، وبيكر [9] بأن معدلات إيداع الأطفال التوحديين في المعاهد والمؤسسات في نورث كارولينا انخفضت بشكل كبير عبر السنوات بعد توفير برنامج «تعليم». غير أن العديد من الباحثين عارضوا تلك النتائج، اعتقادا منهم أن التغيرات في سياسات الحكومة (مثل إغلاق بعض المعاهد والمؤسسات) وغيرها من العوامل هي المسؤولة عن انخفاض معدلات الدخول في المعاهد، بعيدا عن تأثير برنامج «تعليم». ومع ذلك هناك دراسة واحدة صممت بشكل جيد، وأيدت التأثير الإيجابي لاستخدام برنامج «تعليم» مع الأطفال التوحديين صغار العمر [10].

إحدى المشكلات المرتبطة بالدراسات المستقلة التي حاولت تقييم برنامج «تعليم» هو أن ذلك البرنامج يشمل ويستخدم كل المصادر والجهات في شمال كارولينا والتي تعمل مع التوحديين وعائلاتهم، وتقدم الخدمات لهم. وهكذا فإن أكثر خصائص هذا البرنامج المثيرة للإعجاب والاهتمام، ألا وهي التعاون والتنسيق بين كل الجهات التي تقدم الخدمات للطفل التوحدي وأسرته، وهي ما يجعله نموذجا يستحيل تكراره من قبل أي

باحـــث مســـتقل، وحتى عندما يقيم باحث ما عنصـــرا أو جزءا واحدا من نموذج «تعليم»، فإن معظم الباحثين يســـتخدمون اســـتبيانات تقيس مدى رضا المســـتفيدين من البرنامج والمعلومات العامـــة أو التي نصل إليها عن طريق المصادفة بدلا من المعلومات التي تســـتند إلى أســـاس علمي وترتكز على أنماط سلوكية معينة.

موضوع آخر يبعث على القلق ومرتبط ببرنامج «تعليم» هو أن الطفل في أثناء التدريب يُوضع في فصل للتربية الخاصة مع غيره من الأطفال المصابين باضطرابات نمائية أخرى غير التوحد، وهذا يتماشى في الواقع مع فلسفة برنامـــج «تعليم»، والذي يرى أن إرجاع الطفل إلى حالة الســـواء (التطبيع) ليس هدفا في حد ذاته للبرنامج، خصوصا إذا وضعنا في الاعتبار حقيقة أن التوحـــد إعاقـــة لا يمكن إلغاؤها أو الرجوع غيـــر. إلا أن وضع الأطفال فـــي فصول خاصة قد يحرمهم من فرصة التفاعل مع الأطفال الطبيعيين، وبالتالي تعلم بعض الوظائف وأنماط السلوك «الطبيعية».

أساليب علاجية أخرى أقل فعالية

فـــي هذا الجزء من الكتاب ســـنتحدث عن أســـاليب علاجية لم تجد المســـاندة والتأييد العلمـــي الذي تمتعت به الأســـاليب الأخرى (مثل زمن على الأرض، أو تعليم)، كما أنها لا تشـــترك مع تلك الأســـاليب في أي من الخصائص أو الســـمات. فضلا عن أننا لم نصل إلى نتائج حاسمة بشأن تلـــك البرامج عندما وضعت تحت التقييم العلمـــي الدقيق، وتبين أنها قد تكون فعالة مع بعض فئات التوحد وليس جميعها.

الأساليب العلاجية التي تستند إلى القدرات الحسية

أولا: أسلوب التكامل السمعي [*]

- بصرف النظر عن مدى تعارض أسلوب التكامل السمعي مع الحدس والبداهة، غير أنه قد يؤدي - بل أدى فعلا - إلى تحسن ملحوظ مع بعض الحالات(س. م. إدلسون وب. ريملاند، 2003) [11].

(*) Auditory Integration Training (AIT).

– بسبب افتقار «أسلوب التكامل السمعي» إلى التأييد العلمي والمساندة المنطقيــة، أصبح هدفا للنقد والأبحاث المنحازة ضــده. إن لهذا النقد ما يبرره، ولكننا لا نستطيع أن ننكر أن لهذا الأسلوب مزايا أو أوجها إيجابية إلى حد ما، فهو أســلوب قصير المدى وقليل التكلفة وغير قاس أو شــديد (س. م. إدلسون وب. ريملاند، 2001) [12].

– يمكن القول ، باختصار، إن أســلوب «التكامل السمعي» في العلاج وجد كما من الدراســات الحيادية التي عملت علــى تقييمه أكثر من أي منهج علاجي اعتمد على الحواس، ولكن هذه الدراسات لم تؤيد الأساس النظــري لهذا الأســلوب العلاجي أو تثبــت فعاليته (المجلــس الوطني للأبحاث، 2001) [13].

– يفتقــر منهج «التكامل الســمعي» إلــى معايير الفعاليــة التي تبرر ممارسته أســلوبا علاجيا (اســتنادا إلى مؤسسة الســمع واللغة والنطق الأمريكية، 2003) [14].

المنطلقات والخلفية النظرية

إن أســلوب «التكامل الســمعي»، هــو أحد أســاليب علاجية عديدة ركزت على الاضطرابات الحســية المتضمنة أو التــي تميز التوحد عادة. فقد أثبتت الدراسات أن اضطراب العمليات الحسية شائع بين التوحديين علــى الرغــم من أنه لا يقتصر عليهم. وكما ذُكر ســابقا فــإن التوحديين يتميزون بحاسة سمع شــديدة الحساسية؛ وأنهم يصابون بالتوتر الشديد عند ســماعهم أصواتا معينة مثل صوت بكاء طفل أو المكنســة الكهربائية أو صفــارة الإنذار مثلا. وعلى العكس من ذلك أثبتت دراســات أخرى، أن التوحديين أقل حساســية بل ضعيفو الإحســاس لأصوات أخرى، كما هي الحال عند مناداتهم بالاســم. ويســتخدم تعبير «العجز الحسي الواضح» للإشــارة إلــى أن الأطفال التوحديــين قادرون على الســمع، غير أنهم لا يســتجيبون لبعض الأصوات بشكل خاص. إضافة إلى ذلك اتضح أنه على الرغم من كون الحساســية المفرطة أو الضعيفة لبعض المثيرات الســمعية سمة مستمرة ودائمة لدى التوحديين، فإنها تتغير في حالة مثيرات أخرى.

إن الملاحظـات التي رصـدت كثيرا لدى التوحديـين والتي أوضحت أنهم يسـتجيبون للمثيرات السـمعية بطريقة شـاذة وغريبة، بالإضافة إلى ما لوحظ من وجود ارتباط بين الاضطرابات في العمليات الحسية والسلوك النمطي والمتكرر الذي يمارسه التوحديون، كل ذلك جعل البعض يعتقد أن هذه العلاقة يمكن أن تفيد في العلاج، إن نظرية علمية واسعة تطورت عن تلك الملاحظة الثانوية. اقترح بعض المؤيدين لبرنامج التكامل السـمعي أن علاج الاضطراب الحسـي لدى التوحديين يسهل ويمهد اكتساب الأطفال لمهـارات التواصل والمهارات الاجتماعية، بالإضافـة إلى أنه قد يؤدي إلى خفض الأعراض التوحدية بشكل كبير. وهكذا يمكن أن نستنتج ضمنيا أن خفض الحساسـية السمعية المرضية لدى الأطفال التوحديين ستؤدي إلى تحسن في السلوك التوحدي.

العلاج

وضـع هـذا الأسـلوب العلاجي على يـد اختصاصي الأنـف والأذن الدكتور غاي بيرار (Guy Berard) فرنسـي الجنسية. وقد كان هدفه من ذلك الأسـلوب العلاجي في البداية هو التخفيف وتحسـين الاضطرابات فـي الجهاز السـمعي، مثل فقدان وصعوبات السـمع. وقد توصل إلى أن الصعوبات في السمع وفي اسـتيعاب وإدراك المثيرات السمعية تؤدي إلى اضطرابات سـلوكية وتعليمية. وبما أن الاضطراب السمعي أحد أعراض التوحـد فمـن المنطقي أن منهـج تكامل المدخلات الحسـية والذي وضع لمعالجـة الاضطرابات السـمعية فـي الأصل يمكن أن يسـاعد في علاج حالات التوحد.

يـرى بيرار فـي الواقـع أن الأعـراض التوحديـة ناتجة عن حساسـية الطفل الشـديدة للأصوات، وأن الاضطرابات السمعية لـدى التوحديين ما هي إلا ردة فعـل يتجنب فيها الطفل التوحدي الأصـوات. وبالتالي فإن الهـدف من العلاج السـمعي هو تعديل وتطبيع سمع المصابين بالتوحد، والذين يعانون إما ضعفا وإما شدة الإحساس بالمثيرات السمعية.

يبدأ العلاج وفق هذا الأسلوب بقياس حدة السمع لدى الطفل بواسطة جهاز خاص، إذ يحصل المختص على رسم بياني يمثل حساسية الفرد للأصوات والموجات الصوتية (هرتز HZ) والتي تقاس بوحدة قياس ديسيبل (dB). وباستخدام التخطيط السمعي للطفل (فرديا) يستخدم الإكلينيكي جهازا خاصا في تحضير وتسجيل قطعة موسيقية لاستخدامها في العلاج. وغالبا ما تتضمن التسجيلات المستخدمة في العلاج مقطوعات معروفة أو كلاسيكية.

يعرض المعالج بعد ذلك الموسيقى على الطفل بواسطة سماعات الأذن (Head-Phone) بحيث يكون الصوت عاليا أحيانا ومنخفضا أحيانا أخرى بصورة عشوائية. وبعد ذلك يجري تهذيب (تنقية) تلك الأصوات بحيث تستبعد الأصوات أو الذبذبات الصوتية التي ندرك أن الطفل شديد الحساسية لها. ويستمر التدريب بهذا الشكل على مدى 20 جلسة علاجية، مدة كل منها نصف ساعة، وموزعة على 10 و20 يوما، حيث يقوم المعالج بتغيير حدة الصوت أو الذبذبات الصوتية بشكل مخطط ومنتظم (ليس عشوائيا)، وذلك «لتعليم» الطفل كيفية الاستماع. ويفسر المؤيدون لهذا العلاج سبب فعاليته بأنه يعمل على «تدليك» للأذن الوسطى (الخلايا داخل القوقعة)، ما يخفض الحساسية الزائدة للذبذبات الصوتية، ويحسن عملية السمع بشكل عام (تعديل المدخلات السمعية). ويضيف مؤيدو هذا الأسلوب أن تخفيف الحساسية للذبذبات السمعية يؤدي بدوره إلى تحسين الانتباه، ومستوى الاستثارة واللغة والمهارات الاجتماعية وغيرها من أعراض التوحد.

ومن الجدير بالذكر أيضا أن مستخدمي ومؤيدي هذه الطريقة في العلاج يعتقدون أنها فعالة حتى مع الأطفال التوحديين الذين لا نستطيع الحصول على تخطيط سمعي دقيق لهم (الأغلبية منهم)، وبالتالي لا نستطيع تحديد مستوى أو درجة الحساسية السمعية لهم (عتبة الإحساس السمعي)، في هذه الحالة تستخدم مع هؤلاء الأطفال التسجيلات الموسيقية والتي تُعالج تدريجيا، وهذا بدوره يؤدي إلى تحسن في حاسة السمع وفي الاستجابة للمثيرات السمعية.

هل ينجح؟

إن الجدل بشأن فعالية العلاج بهذا الأسلوب (التدريب على التكامل السمعي) (AIT)، مازال قائما ومصحوبا بالانفعالات الشديدة، فكل من مؤيدي هذا الأسلوب والمنتقدين له يصرون على مواقفهم ويتمسكون بها. ويعتبر أسلوب التكامل السمعي أكثر الأساليب العلاجية «البديلة» للتوحد بحثا ودراسة. كما أن المنشورات بشأن هذا الموضوع غنية بالشهادات والتقارير من الآباء وغيرهم، بالإضافة إلى وجود كتاب يصف حالة طفل «شُفي» بعد أن عُولج بطريقة التكامل السمعي [15]. غير أن الحقيقة هي أن هذا العلاج لم ينجح عند مواجهته لعمليات التدقيق العلمي.

يشير مناصرو أسلوب «التكامل السمعي» إلى الكثير من الدراسات التي تثبت فعاليته من حيث تحسن الأعراض التوحدية والمشكلات السلوكية، ولكن أغلبية تلك الدراسات تعاني عيوبا منهجية كبيرة وأخطاء في تفسير النتائج. بالإضافة إلى فشل الباحثين في اتباع أساليب الضبط التجريبي المناسبة واعتمادهم على شهادات وتقارير الآباء؛ فنحن لا نستطيع استبعاد تأثير النضج الطبيعي أو الأساليب العلاجية الأخرى الملازمة لهذا العلاج.

مشكلة مهمة تواجه العلاج «بالتكيف السمعي» هي عدم وجود أي مساندة أو أساس علمي للخلفية النظرية والعلمية لهذا الأسلوب. فالمفترض أن «التدريب على التكامل السمعي» يغير عمليات استقبال وإدراك المثيرات الحسية، ويجعل الإحساس بالأصوات في المستوى والمجال الطبيعي، غير أن الأبحاث لم تثبت ذلك أيضا. كما لا توجد إثباتات علمية على آلية عمل هذا الأسلوب حتى الآن. أي أننا لا نملك أي دليل علمي على أن تعرض الطفل للموسيقى المعدلة أو الملطفة يؤدي فعلا إلى «تدليك» الأذن الداخلية أو يؤثر في الدماغ. كما أننا لا نعرف أو لا نستطيع أن نجزم بأن «تدليك» الأذن الداخلية أو الدماغ سيحدث تأثيرا في السلوك نتيجة ذلك. بمعنى آخر، فإن أغلبية العلاقات السببية التي أُقترحت بين تحسن أعراض التوحد والتدريب على التكامل السمعي لم تؤكد بعد.

وفضـــلا على ذلك، فـــإن معظم الأبحاث التي أُجريـــت بصورة علمية والتزمت الضبط التجريبي بهدف تقييم أســـلوب «التكامل الســـمعي» لم تجد أي نتائج أو تأثير مهم لذلك العلاج. وللتدليل على ذلك نعرض المثال التالي: وزع فريق مـــن الباحثين مجموعة من الأطفال التوحديين بصورة عشـــوائية على مجموعتين من الأفراد (كل منهمـــا 40 طفلا)، إحداهما تعرضت لبرنامج «التكامل الســـمعي» والأخرى مجموعة ضابطة استمعت لموســـيقى طبيعية غير معدلة تجريبيا [16]. ولم يكن الآباء أو المدرســـون على علـــم بالمجموعة التي ينتمـــي إليها أطفالهم. وبعـــد انتهاء التجربة كان هناك تحســـن لدى أفـــراد المجموعتين فيما يتعلق بشـــدة الأعراض التوحدية والقدرات المعرفية، كما أظهر الأطفال في المجموعتين تحســـنا في الاستجابة للمثيرات السمعية، واستمر بعد مرور اثني عشر شهرا على العلاج. ما لاحظناه من تحســـن على كلا الفريقين وبالدرجة نفســـها يدل على أن التدريب على «التكامل الســـمعي» في حد ذاته لم يكن هو السبب في ذلك التحســـن. دراســـات أخرى عديدة اتســـمت بالضبط التجريبي أظهرت أن أســـلوب «التكامل السمعي» لم يكن له تأثير فعال. وبالإضافة إلى ذلك، فقد بينت بعض الدراســـات أن التحسن الذي لُوحظ في بداية الأمر كان مؤقتا.

ومـــن واقـــع تجربتي مع أوليـــاء أمور الأطفال الذيـــن تلقوا علاجا قائما على التكامل الســـمعي، فإنه على الرغم مـــن إقرار الآباء ببعض التأثير الإيجابي لهذا الأســـلوب، فإن ذلـــك التأثير لم يدم وقتا طويلا. يقودني هذا إلى الاعتقاد بأن ما سُجل من تأثير إيجابي لذلك الأسلوب العلاجي إما أن يكون مؤقتـــا وإما أنه ناتج عن توقعات الآباء الإيجابية من ذلك العلاج. إن مراجعة علمية دقيقة لنتائج تلك الدراســـات قادت كلا من المجلس الوطني للأبحاث، والمؤسســـة الأمريكية للسمع والنطق إلى القول: بأن منهج التكامل الســـمعي لم يُؤَيد علميا ســـواء من ناحية الأثر الإيجابي أو الأســـاس النظري. فـــإذا أخذنا في الاعتبار أن تكلفة هذا العلاج تصل إلـــى عدة مئات أو ألوف الدولارات، فلا بد للآباء أن يضعوا تلك الأمور في اعتبارهم.

العلاج بالتكامل والتناسق الحسي

إن المناهج العلاجية الثلاثة والتي ذكرت أعلاه (التكامل السمعي، الحسي، والتدريب البصري) يكمل بعضها بعضا. إن الأطفال التوحديين يصبحون أكثر قدرة على الانتباه وأكثر دافعية للتعلم بعد إتمام علاج مشكلاتهم الحسية والبيولوجية. قد يستفيد بعض الأطفال من أسلوب واحد فقط، ولكن الدمج بينها يمكن أن يؤدي إلى نتائج مدهشة، وإلى الشفاء في بعض الحالات [17] (س. م. إدلسون، 2003)

يقدم التناسق الحسي (كما يشير الاسم) طرقا عدة تمكن الطفل من تكوين أساليب أفضل للاستجابة للمثيرات الحسية من حوله، فيصبح اجتماعيا وأكثر قدرة على التواصل [18]. (ب. سيغل، 1996).

المنطلقات والخلفية النظرية

استنادا إلى أسلوب شبيه بمنهج التكامل السمعي، طور أسلوب التكامل والتناسق الحسي [*] بواسطة اختصاصية العلاج المهني جين أيرز (Jean Ayres) [19]، التي ركزت على أهمية العلاقة بين الخبرات الحسية والوظائف السلوكية والحركية. ويهتم هذا المنهج بالعمليات العصبية التي تحدث خلال عملية تعلمنا للمهارات العقلية العليا. ومن المعروف أن كثيرا من الأطفال التوحديين يظهرون استجابات حسية شاذة بالإضافة إلى صعوبات حركية مثل الشدة أو الضعف في الاستجابة لبعض المثيرات وكراهيتهم للمس، وعدم الشكوى من الألم، والانغماس في سلوك نمطي ومتكرر، وشم الأشياء والاستغراق في خبرات حسية خاصة (مثل تحريك الأشياء على شكل دوائر لفترة طويلة). ونتيجة للاستجابات الشاذة افترض بعض العلماء أن تلك الاستجابات تعكس اضطرابا في عمليات التناسق الحسي في القشرة المخية. وكما هو متوقع فإن هذه المشكلات تعوق قدرة الطفل على التفاعل مع البيئة وبالتالي الاستفادة من الخبرات البيئية في التعلم.

(*) Sensory Integration Therapy (SIT).

أما الهدف من منهج التناسق الحسي فهو تنمية وتحسين وظائف الدماغ الحسية والحركية، وذلك بتزويده بخبرات حسية منتظمة، من شأنها إعادة تنظيم العمليات الحسية، ومن ثم زيادة القدرة على التعلم وخفض الأعراض السلوكية للتوحد.

العلاج

على العكس من أسلوب التكيف السمعي، فإن أسلوب التكيف الحسي ليس أسلوبا واحدا بل مجموعة مختلفة من الأساليب العلاجية، التي تهدف إلى تعديل وإعادة تدريب العمليات الحسية للطفل. هناك كثير من الأساليب العلاجية ضمن أسلوب التكيف الحسي، ولكل منها مواصفاته الخاصة، ولكنها جميعا تشترك في نقطة أساسية وهي تقديم الخبرات الحسية المنظمة والمخططة للطفل. ولتحسين وظائف المسارات العصبية قد يوضع الطفل على كرسي ثابت أو كرسي دوار أو أرجوحة، ثم «يدلك بشكل عميق» أو يُلبس سترة ثقيلة. لزيادة قدرته على التكيف اللمسي تفرك ذراعا الطفل بفرشاة ناعمة. ولتحسين الوظائف البصرية يزود الطفل بعدسات خاصة أو تعرض عليه أضواء ملونة. وينفذ هذا الأسلوب العلاجي عادة في موقف منظم ومنضبط تجريبيا، وذلك بشكل فردي، حيث يكون الطفل منشغلا باللعب الاختصاصي (وهو غالبا معالج مهني) أوامر وتعليمات مناسبة لقدرات الطفل (تمثل تحديا بسيطا لقدراته)؛ وعندما يظهر الطفل زيادة في التكيف مع الخبرات وتحسنا في الاستجابات الحركية والحسية يزيد المعالج صعوبة الاستجابات أو المهمات المطلوبة من الطفل، ويقدم هذا العلاج على شكل جلسات تستغرق الواحدة ساعة كاملة مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيا، مع إمكان تغيير ذلك بناء على رغبة المعالج. ويمكن تمديد فترة العلاج لتصل إلى شهور أو حتى سنوات.

هل ينجح؟

مرة أخرى، فإن التقارير الإيجابية بشأن برنامج التكيف الحسي استندت إلى تقارير وملاحظات الوالدين العرضية. ولتوضيح ذلك نورد المثال التالي الذي تصف فيه إحدى الأمهات علاج طفلها قائلة: «كان

أوغي يستلقي على طاولة خاصة في غرفة مظلمة لمدة نصف ساعة مرتين يوميا. ويتم تحريك الطاولة بحركة دائرية إما من اليمين إلى الشمال أو من الأعلى إلى الأسفل بينما يكون الطفل على الطاولة، ثم تضع المعلمة السمّاعات على أذنيه من أجل العلاج السمعي. وفي خلال ذلك يعطي صندوق الضوء الموجود فوق الطفل أضواء ملونة ومختلفة، كل لون على حدة، ويتغير اللون من المضيء إلى المعتم ثم إلى المضيء مرة أخرى وذلك ببطء. بعد ذلك تعطيه المعالجة لعبة تضيء في الظلام حتى لا يشعر بالملل أو النعاس، وفي الوقت ذاته قمت أنا ومعالج آخر بتدليك الطفل وتشجيعه»[20]. كما نرى فإن هذا نموذج مزدحم جدا، يعرض فيه الطفل للكثير، فالعلاج والتدريب عادة ما يركز على مهارة أو نموذج واحد. وتذكر والدة الطفل أنه أصبح أكثر اهتماما بألعاب التسلق، وركوب الدراجة، وصحبة الحيوانات، وهذه كلها أنماط سلوكية جديدة بالنسبة إليه. فهل يمكن إرجاع ذلك التحسن إلى العلاج بالتكيف الحسي؟ من المستحيل الجزم بذلك، فالطفل كان يتلقى أساليب علاجية أخرى في الوقت ذاته، وهو أمر شائع في حالة التوحد، خصوصا أن الآباء يسعون إلى الحصول على برنامج علاجي شامل مناسب وقائم على فهم حالة الطفل. لكن التقرير السابق ذكره يشجع كثيرين على اعتبار أسلوب «التكيف الحسي» أسلوبا فعالا.

غير أن التدقيق العلمي لم يثبت فعالية العلاج بالتكامل الحسي. والواقع أن كم الأبحاث التي حاولت تقييم هذا الأسلوب العلاجي كانت قليلة نسبيا، ويرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب يشمل أساليب عدة. في الوقت ذاته أثبتت بعض الدراسات أن لأسلوب التكيف والتناسق الحسي آثارا إيجابية، خصوصا في مجال إدراك الطفل للبيئة من حوله والتجاوب الاجتماعي ومهارات التواصل، غير أن كثيرا من تلك الأبحاث تعاني أخطاء منهجية تجعل تفسير وتعميم نتائجها أمرا صعبا. ففي مراجعة شاملة للأبحاث في هذا الميدان[21] تبين أن تلك الدراسات لا تعاني صعوبات منهجية فقط، ولكنها لم تنجح في إثبات العلاقة المقترحة بين خبرة حسية ما والتغيير السلوكي. وكما هي الحال في منهج «التكامل

السمعي» فلم يكن هناك أي إثباتات مقنعة أن التغيرات السلوكية والتي لُوحظت وسُجلت مرتبطة بالتغيرات العصبية، وهو الأمر الذي استُند إليه لتبرير هذا النوع من التدخل.

العلاجات الدوائية والغذائية

اشتملت بعض الأساليب العلاجية المقترحة للتوحد على أدوية مختلفة أو تغيير في غذاء الحالة، والأطعمة التي تتناولها. والجزء التالي يشتمل على بعض تلك الأساليب العلاجية وأكثرها انتشارا وإثارة للجدل. كما أنها الأساليب التي حصلت على أكبر كم من انتباه المختصين في الميدان. ويبدو أن هناك اقتراحات جديدة يوميا تتحدث عن أنماط علاجية دوائية أو أغذية تعويضية، فالأساليب العلاجية لا تقتصر على ما سيذكر في الجزء التالي.

هرمون السيكرتين (Secretin)

– في اليوم الذي أعطي فيه علاج الهرمون، بدأ يطلب الذهاب إلى الحمام، الأمر الذي لم يكن يفعله في السابق. كما لاحظ مدرسوه ومعالجوه تحسنا واضحا عليه خصوصا في الجوانب الانفعالية: فقط أصبح «أكثر سعادة في المواقف المناسبة» وأكثر مشاركة من الناحية العاطفية. وبدا وكأن لغته تطورت وكثرت مصطلحاته اللغوية. كما ظهر التحسن على الحركات الدقيقة نقلا عن والدة طفل توحدي، من دراسة (س. م إدلسون و ب. ريملاند، 2003) [22].

– الأطفال الذين عولجوا بالهرمون لم يختلفوا عن الأطفال الذين تلقوا علاجا كاذبا (Placebo)، (المجلس الوطني للأبحاث، 2001) [23].

– مع الأخذ في الاعتبار القيمة العلمية لنتائج الأبحاث المنشورة بالإضافة إلى المعلومات التي سنعرضها هنا، يبدو أنه من غير المحتمل أن أغلبية الأطفال التوحديين يستفيدون من العلاج بالهرمونات (ج. كوبلان وزملاؤه، 2003) [24].

المنطلقات والخلفية النظرية

كما يحدث دائما مع الأساليب العلاجية المقترحة للتوحد، فإن التقارير القائمة على الأبحاث، كذلك الاهتمام الإعلامي الواسـع بتلك الأساليب العلاجية، كل ذلك أدى إلى الأمل لدى كثيرين بأن حلا سحريا اكتُشف. ففـي العـام 1998 ادعى العالـم كارولي هورفـاث Karoly Horvath أن هرمـون الببتيـد المعوي والمعـروف بهرمون السـيكرين (Secretin) قد يؤدي إلى تحسـن بعض الأعراض لدى الأطفـال المصابين بالتوحد والاضطرابات النمائية [25]، ويسـاعد هرمون السيكرتين في تشخيص بعـض اضطرابات المعدة والبنكرياس كالإسـهال. قـام هورفاث بحقن ثلاثة أطفال توحديين بهرمون السـيكرتين الخنزيري بهدف تشـخيص الوظائف البنكرياسية، وذلك في محاولة لتفسير أو التعرف على مشكلة الأطفال المصابين بالإسـهال، وجاء في تقريره عن تلك التجربة أنه بعد الحقن بالهرمون أظهر الأطفال تحسنا ملحوظا في السلوك الاجتماعي واللغوي، وبعد ذلك بمـدة قصيرة، كتبت والدة أحد الأطفال التوحديين وتدعى فيكتوريا بك مقالا في مجلة «ليديز هوم جورنال» ذكرت فيه أنه بعد تناول طفلها لهرمون السـيكرتين بهدف تشـخيص اضطراب المعدة لديه أظهر تحسـنا كبيرا في سلوكه التوحدي [26]. وقد تناولت الوسائل الإعلامية مثـل المجلات والتلفزيون قصة تلك الأم وكتبت عنها التقارير والمقـالات، بجانب الأفـلام التي تتحدث عن الطفل قبـل وبعد العلاج. وسـارع آباء الأطفال التوحديين في طول البـلاد وعرضها بطلب علاج أبنائهم بهرمون السـيكرتين، بالإضافة إلى ظهـور مواقع على الإنترنت تروج لذلك الهرمون كعلاج للتوحد.

اقتُرحت كثير من الفرضيات عن كيفية عمل هرمون السيكرتين وكيفية تأثيره في الجهاز العصبي المركزي والأعراض التوحدية. اعتمدت إحداها علـى الافتراض بـأن الأطفال التوحديـين يعانون اضطرابـا في الجهاز الهضمـي أكثر من الأطفال غيـر التوحديين (لا يوجـد برهان قوي على ذلـك). الفكرة أن هناك ارتباطا بين مسـتقبلات هرمون السـيكرتين في الأمعاء الدقيقة والمستقبلات الموجودة في الحصين (Hippocampus) في

الدماغ، وأن لهذا الارتباط تأثيرا سلبيا. وبما أن الأساس العصبي للتوحد غير معروف نسبيا حتى الآن، وهو بلا شك معقد جدا، فمن المستحيل إثبات عدم وجود ذلك الارتباط حاليا. غير أن أي تأثير محتمل لهذا الارتباط في الجهاز العصبي المركزي تجعل تأثيره في السلوك الاجتماعي وسلوك التواصل أمرا ممكنا ومحتملا.

العلاج

الطلب الملح والمفاجئ من قبل الآباء على العلاج بهرمون السيكرتين لأطفالهم جعل الأمر معقدا. فكثير من الأطباء لم يوافقوا على علاج الأطفال باستخدام هذا الهرمون، فالغرض الأساسي لاستخدامه من وجهة نظرهم كان للتشخيص وليس لعلاج التوحد، أو أي حالات أخرى. ومع ذلك فإن بعض الأطباء كان مستعدا لاستخدام هرمون السيكرتين لعلاج الأطفال التوحديين. عادة يتلقى الطفل هذا الهرمون الخنزيري أو الإنساني عن طريق حقنه في الوريد. وغالبا ما يعطى الطفل جرعة واحدة، ولكنها توزع أحيانا على جرعات عدة تعطى على مراحل.

هل ينجح؟

هناك كم هائل من الأبحاث بشأن العلاج بهرمون السيكرتين، والنقطة الجوهرية هي أن هذا الهرمون ليس له أي تأثير مهم وواضح في سلوكيات الأطفال المصابين باضطراب التوحد. كما أن كثيرا من التقارير بشأن هذا العلاج، خصوصا الدراسات المبكرة، لم تعتمد الضبط التجريبي والعلمي، وكانت دراسات قائمة على حالات فردية، أو على الملاحظة غير المقصودة أو المصادفة. فضلا عن أن كثيرا من الأطفال الذين يتلقون علاج هرمون السيكرتين كانوا يتلقونه بالتزامن مع علاجات أخرى، وهذا بالطبع يجعل تحديد أثر هرمون «السيكرتين» بذاته أمرا مستحيلا. وعلى كل حال لقد أُخضع العلاج بالسيكرتين للتقييم العلمي المنهجي الدقيق، غير أن تلك الدراسات لم تثبت أنه فعال أو مناسب لعلاج الأطفال التوحديين. وكما هي الحال في كل الأنماط العلاجية «التي لم تثبت فعاليتها»، فإن

نتائــج الأبحاث التي اســتخدمت المجموعة الضابطة لــم تبيّن أن أيا من المجموعتين - ســواء التي تلقت علاج الســيكرتين أو التــي تلقت العلاج الكاذب - قد حققت أي تحســن، وبالتالي فإنه يستحيل أن نرجع التحسن في حال حدوثه إلى العلاج بالســيكرتين. أثبتت دراسة أخرى عدم فعالية العلاج بهرمون الســيكرتين، إذ لم يستطع الآباء التمييز بين الأطفال الذين تلقوا العلاج بهرمون الســيكرتين وغيرهم ممــن تلقوا علاجا كاذبا عندما لم يكن الآبــاء علــى علم بمن تلقــى العــلاج الحقيقــي ومن تلقى العلاج الكاذب [27]، لقد كانت هذه الدراســة ذات أهمية خاصة، فبينما فشــلت نتائج الدراســات العلمية في التأثير، فمن المحتمل أن يكون أثر السيكرتين أكثر وضوحا للآباء. فإن هذه الدراسة أثبتت أيضا خطأ ذلك.

العلاج بالفيتامينات (Vitamins)

- علــى الرغم من النتائج الواضحة والمتســقة للأبحاث التي درســت استخدام فيتامين «B 6» في علاج التوحد، وعلى الرغم من كونه أكثر أمانا من كل الأساليب العلاجية الأخرى وبكل المقاييس، مازال هناك القليل من الأطباء الذين يســتخدمون العلاج بالفيتامينات أو يوصون باستخدامه في علاج التوحد (ب. ريملاند، 2003) [28].
- نتيجــة لقلة الدراســات التي أُجريت على اســتخدام الفيتامينات في علاج التوحد وللمنهجية التي اتبعتها تلك الدراســات، بالإضافة إلى صغر حجم العينات المســتخدمة لا نســتطيع أن نخرج بتوصيات قاطعة فيما يتعلق باســتخدام فيتامين «B 6 - MG» كعلاج للتوحد (سي. ناي و أ. برايس، 2003) [29].

المنطلقات والخلفية النظرية

تشــير كثير من التقارير والدراســات إلى أن الأطفــال التوحديين يعانون اضطرابات في عملية الأيض نتجت عنها مشــكلات في الجهاز الهضمي. حيث يعاني 25% من الأطفال التوحديين الإســهال، ويعاني مثلهم من الإمســاك. ومع ذلك، مازال الجدل قائما بشأن مدى انتشار

اضطرابات الجهاز الهضمي لدى التوحديين، أو ما إذا كانت هذه صفة تخصهم دون غيرهم، وما إذا كانت وراثية أم مكتسبة. وقد افتُرض أن الأطفال التوحديين يعانون تسربا أو رشحا في الأمعاء، أي أن الجهاز الهضمي لديهم يرشح بصورة غير طبيعية، ومن نتائج ذلك الرشح في الجهاز الهضمي، استنفاد البكتيريا المفيدة، وهذا بدوره يؤدي إلى خفض معدل انتاج الفيتامينات في الجسم. وتبعا لذلك يصبح الفرد في حاجة إلى كم من الفيتامينات أكثر مما يحصل عليه عن طريق التغذية الطبيعية؛ وبالتالي فإن التوحديين يحتاجون إلى كم من الفيتامينات أكثر من غيرهم.

في الوقت الذي أُوصي فيه باستخدام جرعات كبيرة من الفيتامنيات، كان فيتامين «B 6» والذي نحصل عليه عن طريق الماغنسيوم أكثر تلك الفيتامينات التي بحثت أو أُوصي بها، وغالبا ما يكمل أو يضاف إليه الماغنسيوم. وكما هو معروف فإن فيتامين «B 6» مهم لهضم البروتين، أما الماغنسيوم فهو المادة المعدنية الضرورية لبناء العظام والمحافظة على الخلايا العصبية والحركية، كما تنشط وظائف الكثير من الأنزيمات في الجسم.

العلاج

عند بداية استخدام العلاج بفيتامين «B 6»، بينت التقارير أن كثيرا من الأطفال التوحديين أظهروا تحسنا في القدرة على الانتباه، وأصبحوا أقل انسحابا من الناحية الاجتماعية، كما انخفض لديهم السلوك النمطي وازدادت حصيلتهم اللغوية. كما لُوحظ أن الأعراض الانسحابية تعود بعد توقف تناول الفيتامينات، وغالبا ما يكون ذلك مصحوبا بالتوتر وعدم الارتياح. وفي دراسة تالية أُضيفت مادة الماغنسيوم إلى فيتامين «B 6»، وتبين أن ذلك أدى إلى إطالة مدة الأثر الإيجابي للفيتامين، فضلا عن خفض الأعراض الجانبية السلبية. لقد اختلفت جرعة فيتامين «B 6» - المستخدم في العلاج - ما بين دراسة وأخرى بشكل كبير، حيث تراوحت ما بين 30 ملليغراما كحد أدنى إلى 3 آلاف ملليغرام كحد أقصى يوميا (الجرعة الموصى بها في الولايات

المتحــدة هي بــين 1 و 2 ملغم يوميا). كما اختلفت جرعة الماغنســيوم أيضا والتــي تراوحت بــين 350 و500 ملليغرام يوميا (الجرعــة الموصى بها في الولايات المتحدة هي بين 80 و400 ملغم يوميا).

هل ينجح؟

استنادا إلى كثير من الدراسات التي أُجريت على استخدام الفيتامينات «B 6» لعلاج التوحد، فإن هناك أســباب عــدة للاعتقاد بأن هذا العلاج كان مفيــدا في بعض الحالات. ففي أحد الأبحاث التجريبية التي التزمت المعاييــر العلمية تبــين أن ما بين 30% و50% من عينــة البحث أظهروا تحســنا ملحوظا [30]. وعلى كل حال، فإن أحدا لم يدع أن هذا الأســلوب العلاجي يؤدي إلى شــفاء التوحد، أو أنه يعوض عن الأســاليب العلاجية الأخرى، أو أنه بديل منها. إضافة إلى ذلك، فإن الدراســات لم تثبت مثل ذلك التأثير الإيجابي، كما أن الدراســات التي بحثت في الأثر طويل المدى لجرعات الفيتامين المضاعفة كانت قليلة [31].

إن المنهج الذي تتبعه الدراســات التي تحــاول تقييم حقيقة ادعاءات أي أسلوب علاجي أمر أساسي ومهم، والعلاج بالفيتامينات ليس استثناء. فقد واجهت الدراســات التي حاولت تقييم العلاج بالفيتامينات مشكلات وتحديــات منهجيــة. أولا، حقيقــة أن المعلومــات المؤيدة لهذا الأســلوب العلاجي قد تُوصل إليها بواســطة دراســات اعتمدت في معلوماتها على آراء الآباء والمدرســين أو المعالجين الذين كانوا علــى علم بالعلاج وبحالة الطفــل، بالإضافة إلى إمــكان وجود توقعات إيجابيــة لديهم عن العلاج. ثانيــا، الاختلافات الكبيرة في جرعة الفيتامين المعطى للطفل وفي أعمار أفراد عينات الأبحاث، بالإضافة إلى الاختلاف في أنماط الســلوك الذي قِيس، كل ذلك جعل المقارنة بين نتائج تلك الدراسات للوصول إلى توصيات بشــأن استخدام أو عدم اســتخدام الفيتامينات في العلاج أمرا في غاية الصعوبــة. ثالثا، يقدَّم العلاج بالفيتامينــات عادة بالتزامن مع علاج آخر، وبالتالــي من الصعب أن نحدد بشــكل دقيق نســبة مشــاركة أي من تلك الأساليب في التحسن الذي نلاحظه.

وهناك في الميدان (مثل برنارد ريملاند، وهو أحد المؤيدين الرئيسيين للعلاج بالفيتامين) من يرى أن المختصين في ميدان الطب يعارضون استخدام العلاج بالفيتامينات على اعتبار أنه علاج غير طبي، ويعتقد هؤلاء المؤيدون أن الأطباء يحاولون إخفاء التأثير الإيجابي لهذا العلاج، وإعاقة استخدامه كعلاج محتمل للتوحد. ومن جهة أخرى، فإن بعض المختصين من العاملين في الميدان الطبي أشار إلى أن العلاج بالفيتامينات ما هو إلا نوع آخر من التمني وأحلام اليقظة، في الوقت الذي لم تثبت الدراسات العلمية ما يعد به مؤيدو العلاج بالفيتامينات من فعالية. ولنا أن نتصور قدر الجدل والحدة اللذين تميزت بهما تلك الاتهامات والاتهامات المعاكسة في بعض الأحيان.

الخلاصة هنا أن فعالية العلاج بفيتامين (B 6)، سواء أُضيف إليه الماغنسيوم أو لا هي في الأغلب حقيقة. ولكننا لا نستطيع في الوقت الحالي أن نحدد من يستفيد منه ومن لا يستفيد، كذلك لا نستطيع القول إن أغلبية التوحديين يستفيدون من العلاج بالفيتامينات، أو أن تلك الفائدة طويلة المدى.

أمور أخرى يجب وضعها في الاعتبار قبل البدء باستخدام العلاج بالفيتامينات، منها أن لجوء الآباء إلى استخدام الفيتامينات في العلاج قبل اللجوء إلى العقاقير القوية هو أمر مفهوم، ولكن تبقى الحقيقة وهي أن استخدام الفيتامينات - خصوصا الجرعات الكبيرة منها - ليس بالأمر الحميد دائما. فهناك بعض التقارير تشير إلى أن التوقف عن تناول فيتامين «B 6» يؤدي إلى أعراض انسحابية مثل زيادة التوتر. ومن المعروف أيضا أن الجرعات الكبيرة من فيتامين «B 6» تؤدي إلى ضعف وضمور في العضلات. أما الجرعات الزائدة من الماغنسيوم فقد تبين أنها مرتبطة بتباطؤ غير طبيعي في ضربات القلب، بالإضافة إلى ضعف ردود الأفعال اللاإرادية. ومن الأعراض الجانبية الأخرى التي لُوحظت: الغثيان وسرعة الاستثارة وزيادة في السلوك العنيف والمزعج، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض الجانبية قابلة للتعديل وغير دائمة، كما أنها لا تقتصر على الأطفال التوحديين، فإن من الواجب أخذها في الاعتبار.

من الواضح أن الجدل والحدة بشأن استخدام الفيتامينات في علاج التوحد سيستمر لفترة طويلة، على الأقل حتى تجرى دراسات جديدة لتقييمه. أما النتائج التي ستفرزها تلك الدراسات فهي متوقعة ومألوفة غالبا مثل الفروق الفردية في الاستجابة للعلاج، كذلك تحديد الفئات التي يمكنها الاستفادة منه.

العلاج باتباع نظام غذائي خاص

- هناك العديد من الأبحاث التي أظهرت أن استخدام فيتامين «B 6» بالإضافة إلى الماغنسيوم والغذاء الخالي من الأجبان والدقيق فعالة حقا [32]. (ب. ريملاند، 2003).

- إن استخدام حمية غذائية لعلاج التوحد والذي قام على استبعاد بعض العناصر من النظام الغذائي للأطفال التوحديين لم تكن له نتائج إيجابية.

[بناء على مراجعة نتائج الدراسات في قسم صحة الولاية - نيويورك، 1999) [33]، (ت. ل. ويتمان، 2004)].

المنطلقات والخلفية النظرية

إن المصابين بالتوحد يعانون اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل «رشح في الأمعاء» كما ذكر سابقا. ونتيجة لذلك فإن خلاصة عملية الهضم مثل المواد البروتينية (وهي المادة الموجودة في الخبز مثلا)، وحليب البقر تمر خلال الغشاء إلى مجرى الدم مباشرة، وهذا بدوره يسبب استجابات مضادة داخل الجسم تتعارض مع وظائف الجهاز العصبي المركزي. ما يسبب بعض المشكلات السلوكية التي نلاحظها لدى التوحديين. وفي الواقع، يرى البعض أن مشكلات الجهاز الهضمي هي أحد الأسباب المحتملة والمهمة للتوحد [34].

هذا النظام الغذائي الخاص والذي سُوّق على أنه علاج مناسب للتوحد يفتقر إلى الأجبان والدقيق. أي أن الأطعمة التي تحتوي على القمح والشعير والشوفان ومشتقاتها يجب تجنبها في غذاء التوحديين. كما أن خفض المواد الجبنية يعني تجنب الحليب وغيره من مشتقات الألبان. وهو

كما نرى نظام غذائي يصعب اتباعه ويتطلب تدخل الآباء في كل ما يتناوله الطفل من أطعمة سواء في المنزل أو المدرسة أو المطعم، وكل الأماكن التي تقدم الطعـــام. صعوبة أخرى تواجه هذا النظـــام الغذائي، وهي أنه يضع كثيـــرا من القيود على طعام الطفل ويحرمه من كثير من الأطعمة المفضلة لديه. ويجعل أنواع الطعام المتوافرة له محدودة جدا.

هل ينجح؟

كما هي الحال في الأســلوب العلاجي المعتمــد على الفيتامينات، فإن العـــلاج القائم علـــى اتباع حمية خاصة مازال موضوعـــا للجدل والنقاش الذي لا يقتصر على فعاليته فقط، ولكن بشـــأن الأسباب التي استند إليها ومبررات استخدامه وقوة تلك المبررات أيضا.

إن حقيقـــة وجـــود اضطراب ومشـــكلات غير طبيعيـــة في الجهاز الهضمـــي للتوحديين مازالت قابلة للنقـــاش. ففي الوقت الذي اقترحت بعض الدراسات أن هناك اضطرابات مرضية مهمة ومنتشرة بين بعض أنـــواع التوحد، فإن هـــذه الاضطرابات في الجهـــاز الهضمي قد تكون نتيجة للتوحد وليســـت ســـببا له. (مرة أخرى ندرك الفرق بين العلاقة الارتباطية والسببية).

دراســـات أخرى لم تؤيد فرضيـــة الاضطرابات في الجهاز الهضمي، حيث وجدت تلك الدراسات أن الاضطرابات الشاذة في الجهاز الهضمي ليست أكثر انتشـــارا بين المصابين بالتوحد من انتشارها بين المجموعات الضابطـــة [35]. وبشـــكل عام، فإن نتائـــج عديد من الدراســـات تقودنا إلى اســـتنتاج عدم وجود ارتباط قوي بين التوحـــد واضطرابات الجهاز الهضمـــي، علـــى الرغم من احتمال وجود هذا الارتبـــاط لدى عدد قليل جدا من الحالات.

لقد جاء المســـاندون لاستخدام «نظام الحمية الغذائية لعلاج التوحد» بدراســـات وأبحاث تثبت وجود تحســـن في ســـلوك أولئـــك الأطفال بعد اســـتخدام الحمية الغذائية. وعلى الرغم من أن معظم الدراســـات المؤيدة لاســـتخدام الحمية العلاجية اعتمدت على الحـــالات الفردية والملاحظة

غير المخططة وغير العلمية، فإن هناك دراستين ضمتا عينات كبيرة من الأطفال التوحديين أوضحت أن هناك تحسنا كبيرا وملاحظا في المجالات الاجتماعية والمعرفية ومهارات التواصل [36].

ومع ذلك، حتى المختصون والمؤيدون لاستخدام ذلك النمط العلاجي يعترفون بأن هناك مشكلات تواجه استخدام العلاج بالحمية الغذائية.

أولا: هناك مشكلة تداخل تأثير العلاجات المختلفة بعضها مع بعض، حيث إن هؤلاء الأطفال يخضعون لأكثر من أسلوب علاجي بشكل متزامن، بحيث لا نستطيع تمييز تأثر كل منها بشكل منفرد. بالإضافة إلى ذلك، يغدو من الصعب إجراء دراسات علمية دقيقة لتقييم هذا الأسلوب باستخدام العلاج الوهمي أو الكاذب.

والأكثر أهمية أن أسلوب الحمية العلاجية انتشر بشكل كبير ومن دون متابعة الأطباء المختصين، حيث إن الملاحظة والمتابعة الغذائية أمر أساسي للتأكد من أن الطفل يتناول حمية آمنة وصحية وليست لها أعراض جانبية.

العلاج بالعقاقير والأدوية

- يمكن القول إنه وحتى يومنا هذا لا يوجد عقار أو دواء يعالج الأعراض الأساسية للتوحد بفعالية كبيرة، ولكن هناك بعض الأدوية التي تستطيع خفض الأعراض الشديدة، وعقاقير أخرى تؤدي دورا كبيرا في علاج الحالات الشديدة، بل المواقف المهددة لحياة الطفل مثل سلوك إيذاء الذات. (المجلس الوطني للبحث العلمي، 2001) [37].

المنطلقات والخلفية النظرية

يعتقد كثيرون أن بعض العقاقير الطبية الخاصة قد تكون علاجا مفيدا للتوحد، خصوصا أنه أصبح معروفا أن التوحد اضطراب ذو أساس بيولوجي. وفي الوقت الذي يبدو فيه ذلك أمرا بديهيا، فإن الموقف أكثر تعقيدا من ذلك (إن الفرد يحتاج فقط إلى أن ينظر إلى الحال مع هرمون سيكرتين وإلى التاريخ غير السعيد لعقار فينفلورامين Fenfluramine

ليدرك أن ما كان يعتبر طريقا واعدا قد انتهى بطريق مسدود). من المؤكد أن التوحــد لا يرجع إلى عامل بيولوجـــي وحيد؛ بل ينتج عن مجموعة من المؤثرات المتفاعلة وشـــديدة التعقيد، وما نراه من شـــدة الاضطراب وتنوع الأعراض هـــو دليل على ذلك. وبالإضافة إلى ذلــك، فإن ما نلاحظه من اختلافــات وفروق بين الأفــراد المصابين بالتوحد يدل على أن الأســباب تختلــف باختلاف الأفراد. وحتى لو وجد أن هناك ســببا بيولوجيا وحيدا وراء اضطــراب التوحد وهو أمــر بعيد الاحتمال، فإن ذلــك لا يعني أننا ســنجد علاجا بيولوجيا يعالج المشــكلة. لا يوجد علاج بيولوجي يلوح في الأفق. ومع ذلك فقد استخدمت بعض العقاقير والأدوية البيولوجية لعلاج أعراض التوحد.

العلاج:

لقــد عُولــج التوحديون بإعطائهــم أنواعا مختلفة مــن العقاقير والأدوية، وأكثر العقاقير التي اســتخدمت شــيوعا وبحثا هي العقاقير التي تهدف إلى تغيير كيمياء الجهاز العصبي، مثل الدوبامين والسيرتونن والببتيدات العصبية (*).

هل ينجح؟

علــى الرغم مــن التقارير التي تحدثت عن التحســن الكبير في بعض الأعراض التوحدية والتحســن الرئيسي في ذكاء التوحديين بعد استخدام أنواع مختلفة من العقاقير والأدوية، فإن الدراســات العلمية التي التزمت معايير الضغط التجريبي العلمي فشــلت في مســاندة وإثبات صحة تلك التقاريــر. والنقطــة الجوهرية هنا هــي أنه مع احتمال اســتجابة بعض الأعــراض التوحدية لبعض الأدوية بصورة إيجابيــة، فإنه لم يثبت أن أيا منها استطاع علاج الأعراض الأساسية للتوحد. (أي الصعوبات الأساسية في التواصل والتفاعل الاجتماعي) [38]. وبلا شــك أن التحسن في بعض الأنماط الســلوكية التي يؤديها الأطفال والبالغون من التوحديين قد يكون

(*) Dopamine, Serotonin, and Newo Peptides.

له أهمية كبيرة في تحســن حياتهم، وحياة المحيطين بهم. حيث إن خفض الســلوك النمطي والإفراط الحركي والعنف ســيجعل استفادة الفرد من الأساليب العلاجية الأخرى والبقاء خارج المستشفى والمؤسسات العلاجية أمرا أكثر احتمالا.

ويعتبــر نظام الدوبامــين أكثر الميادين بحثا واســتحواذا على اهتمام المختصين فيما يتعلق باســتخدام العقاقيــر في علاج التوحد، وما إذا كان التغييــر في نظام الدوبامين يؤثر ويؤدي إلى تغير في الســلوك التوحدي. فقد تبين أن العقاقير التي تثبط امتصاص الدوبامين لها تأثيرات إيجابية في الإفراط الحركي والسلوك النمطي. وعلى العكس من ذلك فإن العقاقير التي تنشــط نظام الدوبامين تزيد الأعراض التوحدية. ولقد ثبت أن تلك الأدوية فعالة فــي علاج التوتر والعنف، والإفراط الحركي، والانســحاب الاجتماعي، والاســتثارة الذاتية، واللزمات الحركية واللغوية، والحساسية العاطفية. وكما هو متوقع، لم يثبت أن تلك الأدوية فعالة في علاج الأعراض الأساســية للتوحد، بالإضافة إلى بعض الأعراض الجانبية الشديدة التي تنتج عن تلك العقاقير من الكســل الشديد جدا، والاضطرابات الحركية. أمــا الجيل الجديد من هذه الأدوية مثل الرســبرودون Risperidone فقد تبين أن لها الفوائد نفسها ولكن أعراضها الجانبية أقل بكثير.

لقد ثبت أن الأطفال التوحديين يعانون ارتفاعا في مستوى السيرتونن (أحد النواقل العصبية) الأمر الذي ذُكر سابقا. ولقد أثبتت بعض الأبحاث أن العقاقيــر المثبطة للســيروتونن مثل عقار الفلوكســتين (Fluoxetine) تســاعد على خفض السلوك النمطي الشــعائري والعنف، وأحيانا سلوك إيذاء الذات. غير أن الآثار الإيجابية لتلك الأدوية لم تجد المساندة العلمية المطلقــة، بالإضافة إلى أن التقارير التي أثبتــت فعاليتها لم تبين أن لتلك الأدوية فعالية في علاج الأعراض الأساسية للتوحد.

ومن الأمــور الأخرى التي وجدت كثيرا من الاهتمام في مجال التوحد هــي الاعتقاد أنه يمكن إرجاع الأعراض التوحدية، ولو بشــكل جزئي إلى النشــاط الزائد في جهاز التهدئة الذاتية في الجهاز العصبي. إن العلماء الذين يؤمنون بعلاج التوحد باستخدام العقاقير الطبية يركزون على فكرة

اضطرابات الأيض (الأمعاء المرشحة)؛ وهم يفترضون أن عملية تبادل النواقل العصبية تتأثر بشكل سلبي بالنشاط الزائد كنتيجة لتناول بعض الأطعمة، خصوصا تلك التي تحتوي على الأجبان والعناصر الموجودة في الدقيق. وقد وجدت هذه النظرية تأييدا في بعض الأبحاث التي أثبتت أن المواد المضادة للمسكنات والمخدرات (مثل عقار نالتريكسون Noltrexone) قد تؤدي إلى خفض بعض الأنماط السلوكية مثل إيذاء الذات لدى التوحديين. غير أن الأبحاث التي أُجريت بعد ذلك لم تثبت أن عقار إدنالتروكسين فعال في علاج سلوك إيذاء الذات، وبالتالي فإن نظرية المسكنات الخاصة بأعراض التوحد لم تؤكد بعد.

لقد كان إجراء البحوث بشأن كيفية عمل وتأثير العقاقير الطبية المستخدمة في علاج التوحد أمرا صعبا جدا لأسباب.

أولا: لأن التوحد يأتي على هيئة صور وأعراض عدة، وهناك كثير من الاختلافات بين تلك الأنواع، بالإضافة إلى الفروق الفردية بين النوع الواحد، ما يعني أن الأطفال الصامتين والذين يعانون السلوك النمطي والشعائري، والمعاقين عقليا بشكل شديد وغيرهم، قد تشملهم المجموعات العلاجية ومجموعات البحث، وقد لا يكونون توحديين. وكما تبين أن تحليل النتائج يتم بأسلوب يعوق التعرف على الاستجابة الفردية للعقاقير، كما أن تلك العقاقير تختلف في تأثيرها على الأفراد باختلاف المستوى والمرحلة النمائية لهم. والاختلافات الشديدة بين الأفراد تفرض مشكلة مهمة أخرى تتمثل في اختيار نتائج التقييم والتمييز بينها حيث إنه من الصعب تحديد أسلوب صادق وثابت للتقييم يناسب كل الأفراد والمجموعات موضع البحث والدراسة في آن واحد.

المشكلة الثانية هي أن الدراسات التي حاولت تقييم تأثير العقاقير في علاج التوحد ركزت على الآثار قصيرة المدى ولم تكن هناك دراسات طولية تتبعية لتقييم الآثار طويلة المدى لتلك الأدوية. أما المشكلة الثالثة فهي عدم وجود حيوانات مصابة بالتوحد لاستخدامها في التجارب العلمية. حيث إن توافر نماذج من الحيوانات سيقود الأبحاث القائمة على الافتراضات العلمية إلى دراسة تأثير العلاج بالعقاقير الطبية في التوحد. تتمثل

المشكلة الأخيرة في صعوبة الوصول إلى استنتاجات حازمة وصارمة بشأن تأثير العقاقير في حد ذاتها. أي أن هناك صعوبة، إن لم يكن استحالة، في تحديد ما إذا كان التأثير الإيجابي للعقاقير نتيجة مباشـــرة لفعالية العقار وكيفية عمله، في مقابل التاثير غير المباشـــر. مثـــال على ذلك، أنه تمكن ملاحظة التأثيرات الإيجابية إذا أدى إلى خفض ســـلوك الإفراط الحركي وزيادة الانتباه، وبالتالي يستطيع الفرد الاستفادة من البرامج التربوية.

وهكـــذا، يتحتـــم على الفرد أن يكـــون حذرا جدا عنـــد تقييم فعالية العقاقير المختلفة.

من الواضح أن احتمالات وجود أســـاليب علاجية للتوحد ليست نادرة. ولكن مـــع غياب الأبحاث العلميـــة الدقيقة التي تتبـــع الضبط التجريبي يصعـــب علينا التوصل إلى اســـتنتاجات واضحة فيمـــا يتعلق بفعالية ذلك العلاج، ولســـنا فـــي وضع يمكننا من تبني ومســـاندة أي من الأســـاليب العلاجية التي وُصفت في هـــذا الفصل مـن الكتـاب. وفـي الوقـت الـذي لا يمكننا فيه التنبؤ بأي الأساليب العلاجية يجب أن تستمر بعد خضوعها للدراســـات والتجارب العلمية المقننة، فإن فعالية تلك الأساليب العلاجية مقارنـــة بغيرها من الأســـاليب مازالت بحاجة إلى مزيـــد من البحث. إن الإجابة عن تلك الأســـئلة وتوفير أســـاليب علاجية أخرى للتوحديين تظل مهمة الأبحاث المستقبلية.



8

معجزة للشفاء أم علاج كاذب؟

قد يشعر البعض بأنني أوحي بمشاعر وميول سلبية تجاه كثير من البدائل العلاجية. إذا كان ذلك صحيحا، فهو لأنني شاهدت كثيرا من الآباء يبذلون الجهد والمال والأمل في أساليب علاجية، لا يلبثون أن يتخلوا عنها وهم بحالة من الخوف والتشاؤم. فضلا عن القلق الذي ينتابني لأنني أعتقد أن الوقت الذي نمضيه في متابعة أساليب علاجية لم يثبت صدقها وفاعليتها يعتبر وقتا ضائعا. وهو أمر يستدعي الاهتمام، خصوصا في السنوات الأولى من عمر الطفل، حيث يكون التدخل حاسما.

برابينا سيغل، «**عالم الطفل التوحدي**» (1996)

«إذا بدا العلاج ممتازا إلى درجة لا يمكن معها أن يكون حقيقيا، وإذا لم تكن هناك أبحاث ودراسات علمية تسنده، فإن نصيحتي هي أن تحرص الأسر على نقودها وتتجاهل تلك الأساليب الواهمة»

المؤلفة

سيتضمن هذا الفصل مناقشة لبعض الأساليب العلاجية غير الفعالة حقيقة، ولكنها تبدو كذلك ظاهريا. وقد أطلقت Bryna Siegel عليها اسم علاجات «فكر مرتين»[1]، وهي متسـامحة في ذلك. تلك علاجات يجب أن يتعامـل معها كل من الآباء والاختصاصيـين بحذر؛ ذلك لأن فاعليتها لم تثبـت في علاج التوحد، وعلى الرغم مـن أن البعض منها غير ضار، وقد يكون حميدا نسبيا (مثل ركوب الخيل)، فإن البعض الآخر قد يشكل خطرا قائما.

وكما رأينا في السـابق، فإن نشـأة وانتشـار هذه الأساليب العلاجية جـاءا بنـاء على حكايات وقصص شـعبية تتبعها أحيانـا تغطية إعلامية واسـعة وحالة مـن الحماس من جانب الإكلينيكيين والآبـاء الذين يأملون إيجاد علاج لأبنائهم. إن الافتقار إلى أسـلوب محدد وفعال لعلاج التوحد جعل تلك الأسـاليب «المعجزة»، أي غير العلمية للتوحد أمرا جذابا ومحل اهتمام الجميع. وهناك أمر آخر لا بد من وضعه في الاعتبار وهو التأثير الكاذب (Placebo Effect) لهذه الأسـاليب التي مازالت مصدرا للنقاش. هذا يحدث عندما تؤدي بنا توقعاتنا الإيجابية وآمالنا إلى اعتقاد بأن تلك الأساليب تفضي إلى نتائج فعالة، وهي في الواقع لا تفعل ذلك. فضلا عن الحاجة إلى الاعتقاد بحدوث تحسـن بعد أن يكون الفرد قد استثمر كثيرا من الوقت والمال في برنامج علاجي ما.

التواصل الميسر

- قد تكون النار، هديةُ بروميثيوس للبشـرية، هي أكثر الرموز ملاءمة للكناية عن التواصل الميسر في عالم الأفراد الذين لا يملكون قدرة على الكلام[2]. (أ.م دونيلان، 1993).
- قليل من الإيحاءات وقليل من الملهيات قد يحققان الكثير. (ج.راندي، 1993)[3].
- التفسـير الواضح والأكيد أن هناك أساسـا بيولوجيا لما يعانونه من مشـاكل في التعبير، بمعنى آخـر إن صعوبات التواصل لديهم هي صعوبات عملية وليست معرفية. (د.بيكلن، 1993)[4].

- لا توجد أي أدلة عملية على وجود علاقة قوية بين الخرَق (Apraxia) والتوحـــد، في الواقع هنـــاك ارتباط غالبا بين المهـــارات الحركية الدقيقة واضطراب التوحد (ج. غرين وهـ . شين، 1994) [5].
- قـــد تـــؤدي اختبـــارات البحث العلمي إلـــى إعاقة عمليـــة التواصل وإفسادها [6] (د. بيكلن، 2004. موقع إنترنت).
- إن هذا يشبه القول إن جميع الخنازير تستطيع الطيران، ولكنها تفعل ذلك في الوقت الذي لا ننظر إليها فيه (مورلي ســـيفر، برنامج 60 دقيقة، 1994) [7] (Morley Safer ,60 Minutes ،1994).

قـــد يكون من الأفضل أن نبدأ بإعطاء مثال على النتائج بالغة الســـوء لأســـاليب العلاج التي لـــم يثبت صدقها أو فاعليتها. و«التواصل الميســـر» مثـــال أصيل على أحد أهم تلك الأســـاليب التي جرى تبنيها والترويج لها، إلى أن تبين في النهاية أنه علاج كاذب للتوحد. إن هذا المثال يقدم درســـا مهما عن التأثر المدمر الذي يمكن أن ينتج عندما تعيق أو تؤخر الانفعالات والشـــهادات غير المقننة وغير المنظمة كل المحاولات الموضوعية والدقيقة لتقييم الأســـاليب العلاجية. لا يوجد فـــي تاريخ علاج التوحد ما يماثل أو ينافس ظاهرة «التواصل الميســـر» التي بدأت في تسعينيات القرن الماضي، واستمرت لمدة تقارب عشر سنوات، وما يدعو إلى الدهشة هو أن «التواصل الميسر» لا يزال يحظى ببعض المؤيدين اليوم.

المنطلقات والخلفية النظرية

التواصل الميسر نظام تواصل جدلي نشأ في أستراليا بوساطة روز ميري كروســـلي Rosemary Crossley، وهـــي مدرســـة عملت مـــع الأطفال الذين يعانون الشلل الدماغي لدى معهد ملبورن في سبعينيات القرن الماضي. تعتقد كروســـلي أن الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم قدرات أكبر بكثير مما كنا نعتقد في الســـابق، بيـــد أن ما يعانونه من إعاقات فســـيولوجية تمنعهم من استخدام أســـاليب التواصل الصوتي أو اليدوي. أما إذا استطعنا التغلب على تلك الإعاقة بوساطة «التواصل الجدلي»، فإن هؤلاء الأطفال سيظهرون قدراتهم «الحقيقية». وقد وضعت كروســـلي نظاما تعـــرض من خلاله لوحة

مفاتيح، «آلة كاتبة»، أو أي طريقة أخرى تُعرض بوساطتها الأحرف أمام الطفل، ثم طلبت من الطفل أن يشير إلى الأحرف التي يريد أن يعبر عنها (في الوقت الذي قدمت فيه المساعدة له، مثل الإمساك بيده أو كوعه، أو لمس كتفه، وغير ذلك)، مع السماح للأطفال بالإشارة إلى أحرف معينة من المعروضة أمامه. وباستخدام هذا الأسلوب يستطيع الطفل اختيار الأحرف التي يحتاج إليها للتعبير عما يريد. وباستخدام ذلك الأسلوب من التسهيلات أصبح الأطفال قادرين على التعبير عن أنفسهم بوساطة وسائل أكثر تطورا، وبات الأطفال الذين كانوا مقيدين داخل ذواتهم وأجسامهم أكثر قدرة على التواصل مع العالم الخارجي.

لقد ضُلل البروفيسور دوغلاس بيكلن (Dougles Biklen)، وهو أستاذ في التربية الخاصة لدى جامعة سركيوز بأعمال كروسلي، وأصبح مقتنعا بأن «التواصل الميسر» علاج فعال للأفراد المصابين بالتوحد. وأدخل بيكلن هذا الأسلوب إلى الولايات المتحدة الأمريكية، حيث انتشر انتشار النار في الهشيم. وجاء في تقاريره أن الأطفال الذين عولجوا بأسلوب «التواصل الميسر» قادرون على التواصل واستخدام المفاهيم، والقراءة، واكتسبوا بعض المهارات الاجتماعية، بل أصبحوا يقولون النكات في بعض الأحيان وبشكل متعمد. مضيفا أن الأفراد الذين استخدموا «التواصل الميسر» استطاعوا ذكر جمل صحيحة لغويا وقواعديا، كما استخدموا مفاهيم أكثر تعقيدا مما هو متوقع منهم، خصوصا إذا أخذنا في اعتبارنا مستواهم العقلي والمعرفي الذي اتضح في أدائهم على اختبارات القياس العقلي التي طُبقت في السابق. باختصار لقد أظهر هؤلاء مستوى من القدرات فاق كل ما نتوقعه خصوصا في التعليم والقدرة العامة. وأصبح الأطفال، ممن شُخصوا بالتخلف الشديد والتوحد، قادرين على أن يقولوا لآبائهم إنهم يحبونهم، وأن يجعلوا رغباتهم معروفة للآخرين، ابتداء من المطلب البسيط، كأن يقول الواحد منهم: «أريد آيس كريم» إلى المطالب الأكثر تعقيدا مثل: «أريد من المجتمع أن يتقبلنا كما نحن وألا يحكم علينا».

يعتقد بيكلن أن معظم الأفراد المصابين بالتوحد (وغيرهم ممن يعانون اضطرابات تواصل شديدة) ليسوا معاقين عقليا بالضرورة. فقدراتهم العقلية طبيعية، لكن ما يواجهونه من صعوبات في التعبير الحركي،

أي الخــرق، هو ما يعيق تواصلهــم بالطرق المعهودة. أما المســاعدة التي يقدمها المعالج من خلال أســلوب «التواصل الميسر» فتمكن الفرد المصاب بالتوحــد من التواصل علــى الرغم من إعاقته الحركيــة، وبما أن اليدين ثابتتان ومســتقرتان بمساعدة المعالج، فإن ذلك يمنع الحركات اللاإرادية. وبالإضافة إلى ذلك يساعد هذا في حل بعض المشكلات التي أسماها بيكلن مشــكلات «البحث عن الكلمة» لدى التوحديين، ذلك لأن المعالج يســاعد الفرد على إيجاد الكلمة السليمة ومنعه من الوقوع في أخطاء لغوية، ويمهد له إيجاد الكلمات المناســبة للتعبيــر. إن قدرة الأطفال الصامتين أو الذين يمتلكون حصيلة لغوية على استخدام كلمات معقدة وسليمة قواعديا يرجع وفــق اعتقاد بيكلين إلى تعرض الأطفال للكلمات المســموعة والمقروءة من جهاز التلفاز، وأفلام الســينما والأسرة، والمدرســة، والمؤسسات الشبيهة. وهم يتعلمون ذلك بشكل تلقائي من دون الاستعانة بالتدريب الرسمي.

العلاج

يطبق أســلوب التواصل الميســر بوســاطة المعالج أو «الميسر» (عادة ما يكــون إنســانا طبيعيا وبالغا، وغالبــا ما يكون أحد الوالدين أو مدرســا)، الذي يســاعد التلميذ على الإشــارة أو الطباعة أو استخدام لوحة مفاتيح الكمبيوتر أو الآلة الكاتبة، وغير ذلك من أساليب عرض الكلمات والأحرف. في المراحل الأولى من العلاج بأسلوب «التواصل الميسر» يمسك المساعد يد الطفل المتدرب بحيث تكون إصبع الطفل في وضع الإشارة إلى حرف معين، ثم يُساعده ليشير أو يلمس حرفا ما، ثم يسحب اليد استعدادا للإشارة إلى الحرف التالي، وهكذا تستمر العملية. إن وظيفة المعالج في هذه الحالة هي التأكد من أن التلميذ لا يشــير إلى أكثــر من حرف في وقت واحد، وأيضا ســحب يد الطفل قبل وقوع الخطأ. وعندما يصبح المتدرب أكثر قدرة على الإشــارة ولمس الأحرف في خطوة تالية، يُخفض المساعد درجة المساعدة، وذلك بإمســاك الرســغ فقط، وبعد ذلك الكوع أو حتى كم القميص، وبعد ذلــك لمس الكتف فقط. والهدف من ذلك هــو أن يصبح الطفل قادرا على الطباعة بشكل مستقل من دون أي مساعدة من المدرس أو المدرب.

يمكننـــا أن نتوقع أن كثيرا من الآباء، والاختصاصيين الإكلينيكيين تبنوا هذا الأســلوب بســرعة. فقد وجد هذا الأســلوب قبولا وشــعبية كبيرين من قبل مدرســي وآباء الأطفال التوحديــين، بالإضافة إلى الاختصاصيين الإكلينيكيــين، وذلك لأنه أظهر أن هؤلاء الأطفال أكثر ذكاء واســتيعابا مما كان الجميــع يعتقد. وفي اســتخدام أســلوب «التواصل الميســر» بدا كأن الأطفــال الذيــن حصلوا على تقديرات تشــير إلى أنهم شــديدو التخلف العقلي أو يعانون أعراض توحد شــديدة في الاختبارات التي طبقت عليهم، يســتطيعون التواصل مع الغيــر، والتعبير عن انفعالاتهم، ويكتبون الشــعر والمقــالات، ويدخلون في جدل فلســفي مــع الغير، ويتكلمــون عن ولائهم السياســي، ويدافعون عن حقوق المعاقين مطالبين بخدمات وحقوق أفضل بالنســبة إليهم. إنهم أكثر ثقافة، ولديهم قدرات حســابية ووعي اجتماعي أكثر مما اعتقد جميع المختصين. لقد بدا للآباء والمدرسين والاختصاصيين الإكلينيكيــين أن العلاج «بالتواصل الميســر» هــو «الرصاصة الفضية»، أي الإشــراقة والأمل الذي حلم به الجميع ســنوات طويلــة. فمن المحتمل أن عقول هؤلاء الأطفال الذين يعانون إعاقات شــديدة أصبحت أكثر انفتاحا، وأصبــح التواصل معهم أمرا ممكنا. لقد غيَّر ذلك العلاج المفهومَ التقليدي للتوحد لدى الكثيرين. فاســتنادا إلى مؤيدي أسلوب «التواصل الميسر» فإن التوحديين ليســوا معاقين عقليا أو عاجزين عن التواصل، كما أنهم ليسوا منسحبين اجتماعيا.

لنــا أن نتصــور التأثيــر الهائل لهذا الأســلوب العلاجي. أحــد البرامج التلفزيونية المهمة والمشــهورة لمحطة «ABC» الأمريكية المعروف باسم «برايم تايم لايف» أطلق على أســلوب «التواصل الميســر» اســم «المعجــزة» [8]، مما جعــل الآباء الفرحين بذلك يعتقدون أن الأماني التي طالما حلموا بها لأبنائهم أصبحت حقيقة أخيرا. كما شــعر المدرسون المتحمســون لهذا الأسلوب بأن جهودهم أحرزت تقدما، وبأن الأطفال وصلوا إلى مستوى من القدرة والثقافة لم يكن متوقعا سابقا. ونتيجة لذلك فقد تكاثرت المؤتمرات وورش العمل حول «التواصل الميســر»، كما أســســت جامعة سركيوز ما أســمته «معهد التواصل الميسر» برئاســة الدكتور بيكلن، وذلك لتسويق وتطوير هذا الأسلوب. وانضم

الآباء والمدرسون من جميع أنحاء البلاد إلى تلك الحركة. وأصبح كثير منهم مدافعين رئيسيين عن أسلوب التواصل الميسر وبكل قوة، خصوصا في مواجهة المنتقدين الذين شككوا في كفاءته.

هل ينجح؟

لا. الواقع أن أسلوب «التواصل الميسر» يختلف عن غيره من الأساليب العلاجية الجديدة، حيث إنه حصل على شعبية كبيرة، كما انتشر استخدامه قبل أن يخضع لأي دراسة علمية مقننة لتحديد مدى فاعليته. من المدهش أن هناك آلاف التوحديين وغيرهم من المعاقين لغويا تلقوا هذا العلاج، حيث أسست كثير من المدارس وأقيمت الورش التدريبية، وتحمس الآباء لتعلم كيفية تدريب أبنائهم تبعا لهذه الطريقة من دون أي تقييم علمي لمدى كفاءتها. كما أن كثيرا من البرامج الدراسية ألغت برامجها القديمة حتى تستخدم أسلوب «التواصل الميسر». هذا القبول والاستخدام الأعمى لأسلوب «التواصل الميسر» في علاج الأطفال التوحديين يشبهان في الواقع استخدام أحد العقاقير أو الأدوية والتطعيمات قبل أن تجتاز الاختبار العلمي الدقيق أو تحصل على موافقة «رابطة الدواء الفدرالية» (FDA).

أما وسائل الإعلام فقد وجدت في برنامج التواصل الميسر فرصة لها. فكثير من البرامج التلفزيونية والقصص في الجرائد اليومية والمجلات امتدحت وسوّقت للعلاج الجديد الذي أطلقت عليه اسم المعجزة التي تسمح للأطفال التوحديين بالتحرر من سجن التوحد. والأطفال الذين اعتُبروا في السابق شديدي الإعاقة وتوحديين وُضِعوا الآن في فصول تتناسب مع عمرهم الزمني مع الأطفال الطبيعيين، كما أن الأطفال الذين لم يستطيعوا استخدام دورة المياه بشكل مستقل، ولم يكونوا قادرين على التواصل مع الغير بأي وسيلة من الوسائل سوى «التواصل الميسر»، أصبحوا يدرسون في صفوف الجبر والآداب.

هل كان هذا الأسلوب أجمل من أن يكون حقيقة؟ نعم بالتأكيد. فقد ثبت في الحقيقة أن التواصل الميسر لم يكن وسيلة غير صالحة للتواصل فقط، بل إنه كان سببا في معاناة كثير من الأسر التي عولج أطفالها بهذا الأسلوب.

فعند دراسة ذلك الأسلوب العلاجي وتدقيقه بشكل منطقي وعلمي من جانب المختصين وأصحاب الخبرة في مجال التوحد، وممن يعرفون أعراضه اتضح أنه أسلوب غير منطقي وغير فعال لاكتساب الطفل مهارات التواصل. أذكر أنني تلقيت كثيرا من الاتصالات التلفونية من الآباء والمدرسين وغيرهم من الباحثين في مجال التوحد مستفسرين عن ماهية ذلك الأسلوب العلاجي، وفاعليته؟ وكانت إجابتي أنني لا أتخيل أن يؤدي هذا الأسلوب إلى نتائج إيجابية، ولكني لا أستطيع استبعاده لعدم وجود ما يفنده. ذلك لأن الدراسات التي حاولت تقييمه احتاجت إلى وقت طويل كي تبدأ. وقد يرجع هذا التأخر إلى أن أي عالم أو باحث أو إكلينيكي كان يشكك أو ينتقد أسلوب «التواصل الميسر» (ولو جزئيا) قوبل بالغضب الشديد والمضايقة من المؤيدين لهذا الأسلوب، بمن فيهم الآباء والمدرسون المدافعون عنه بقوة، والذين رفضوا الاستماع إلى أي شيء سلبي بهذا الخصوص.

وعندما خضع أسلوب «التواصل الميسر» للدرس والاختبار العلمي الدقيق فشل فشلا ذريعا. ولم يتطلب الأمر وقتا طويلا لاكتشاف ذلك، وبدأ البيت المبني من ورق في الانهيار. فقد وجدت تلك الأبحاث أن المدرب، وليس الطفل، هو الذي كان يقوم بالمهارات والتواصل [9]. وأصبح الإنجاز والإبداع اللذان يُنسبان إلى التوحديين موضع شك.

هناك نوعان من الدراسات استُخدما لتحديد مصدر الرسائل الميسرة. يتضمن أحدهما موقفا تقدم فيه مجموعة من الصور لكلٍ من المدرب والتلميذ (الطفل التوحدي). ثم يطلب من الطفل أن يطبع (على الكمبيوتر) اسم الصورة التي قُدمت له. وتبين أنه عندما قُدمت للمدرب والطفل الصورة نفسها، كتب الطفل الاسم الصحيح للصورة. ولكن عندما قُدمت للطفل والمدرب صورتان مختلفتان وطُلب من الطفل طباعة اسم الصورة التي قدمت له، طبع اسم الصورة التي عرضت على المدرب (أي استجابة خطأ)، وهكذا يتضح أن المدرس هو الذي كان يقوم بالاستجابة الصحيحة وليس الطفل. وفي اختبار آخر سمي اختبار «تمرير الرسالة»، أُخذ التلميذ بعيدا عن المدرب، حيث تقدم له بعض المعلومات مثل صورة لشيء أو اسم لحيوان أليف، في الوقت الذي لم يُسمح فيه للمدرب بالوصول إلى تلك المعلومات، بعد ذلك يُعاد الطفل إلى المدرب ويُطلب

منه أن يذكر ما سمعه أو رآه، بيد أن الطفل كان عاجزا عن ذكر المعلومات المطلوبة منه. وهكذا نرى أن الأبحاث التي حاولت تقييم أسلوب «التواصل الميسر» أثبتت أن المدرب هو الذي كان يقوم بالاستجابة الصحيحة وليس التلميذ. فضلا عن أن الدراسات القليلة التي ادعت نجاح أسلوب «التواصل الميسر» عانت أخطاء منهجية كبيرة جدا، إلى درجة جعلت الوصول إلى نتائج حاسمة بهذا الشأن أمرا مشكوكا فيه على أحسن تقدير (10). ولذلك أطلق البعض على «التواصل الميسر» اسم «الانصهار البارد» للخدمات الاجتماعية.

أحد الادعاءات المحيرة التي جاء بها مؤيدو أسلوب «التواصل الميسر» هو أن الأفراد التوحديين يستطيعون قراءة ما يدور في رؤوس مدربيهم. بل إن أحد المختصين في مجال التوحد من الذين ادعوا نجاح أسلوب العلاج بـ «التواصل الميسر» أشار إلى أن الأفراد التوحديين لديهم «حاسة سادسة جيدة تساعدهم على فهم ما يفكر فيه الآخرون، ويعرفون مشاعرهم ومعارفهم، كما تساعدهم على أن يرسلوا أو ينقلوا أفكارهم إلى معارفهم من غير الناطقين، وأحيانا إلى مدربيهم (11)». ولقد قدم ذلك المختص مع زميل له في كتاب نُشِر مثالا على موقف تخاطري (توارد الأفكار): «لقد عرفنا شابا توحديا ذكر لمدربته لقبها عندما كانت في المدرسة الثانوية، واستطاع أن يعرف أنها حزنت فترة طويلة على وفاة قريب لها يعمل موسيقيا. وكان مصيبا في كل التفاصيل التي ذكرها، بما في ذلك الآلة التي كان يعزف عليها قريبها الموسيقي، ومشاعرها تجاهه» (12). ولكن في الوقت الذي يرغب فيه مؤيدو «التواصل الميسر» في أن يفسروا ذلك، وكأن الشاب كان يقرأ أفكار مدربته، أعتقد أنا أن المدربة هي التي كانت ترسل أو توحي بالرسالة في الحقيقة وليس الشاب.

عندما ووجه بيكلن بالأدلة العلمية التي تشير إلى أن المدربة هي التي كانت تقوم بالتواصل فعلا والتعبير وليس الفرد التوحدي، رد بأن احتمال فشل أسلوب «التواصل الميسر» في مثل تلك الاختبارات كبير جدا، فمن أجل نجاح التواصل الميسر، لا بد من الثقة المتبادلة بين المدرب والتلميذ. بيد أن وضع ذلك الأسلوب تحت البحث والتدقيق يعني أن تلك الثقة موضع شك (وهو ما أسماه بيكلن «اختبار المواجهة»)، وهو أمر مزعج ومؤلم بالنسبة إلى الطالب. وفي ظل تلك الظروف فإن الطالب لن يتواصل أو يعبر عما بداخله.

وهكــذا نرى أن بيكلن يدعي أن أســلوب التواصل الميســر لــن يأتي بنتيجة إيجابيــة عندما يوضع تحــت الاختبار والتدقيق العلمــي. وهو موقف يؤكد التعليق الساخر الذي جاء على لسان مراسل البرنامج التلفزيوني «60 دقيقة» مورلي ســيفر، الذي قال إن البرنامج العلاجي الذي لا يمكن اختباره علميا يجب أن يثير القلق، حيث إن كل الأساليب العلاجية سواء كانت بالعقاقير أو العلاج لا بد أن تثبت مصداقيتها، وأن تجتاز الاختبارات العلمية والموضوعية التــي تهدف إلى تقييمها. وبالإضافة إلى ذلك، فقد ادعى بيكلن وزملاؤه من مؤيدي ومستخدمي «التواصل الميسر» أن الطفل في ظل ظروف الاختبارات «المصطنعــة» يصبح قلقا ويعجز عــن التواصل. وفي الواقع فإن وجهة النظر هــذه لها وزنهــا وقيمتها، ولكن يجب أن نضع فــي اعتبارنا أن الاختبار كان يتوقف إذا تبين أنه يســبب للطفل أي إزعاج. ثــم إن بيكلن وزملاءه اعتادوا عرض نموذج للتواصل الميسر بمشــاركة الأطفال أمام المئات من المتفرجين. فلو كان الاختبار يســبب الإزعاج لأولئــك الأطفال فمن باب أولى أن يصابوا بالقلق في تلك المواقف (أي مواقف العرض أمام الآخرين).

هنــاك أيضا بعض الأمور النظرية والمفاهيم المرتبطة ببرنامج «التواصل الميســر» التدريبي والتــي لا تصمد أمام الاختبــارات العلمية. فكيف يمكن للأفراد الذين يعانون إعاقات لغوية ومعرفية أن يأتوا بـ «رسائل» أو تعبيرات صحيحــة من الناحية اللغويــة، بما في ذلك الإمــلاء، والقواعد، والمفاهيم المجــردة، والحقائق العلميــة، التي تبدو جميعها فــوق طاقاتهم المتوقعة أو المفترضــة؟ ويطلق مؤيدو هذا الأســلوب العلاجي على هذا اســم «التعليم العرضي»، حيث يدعون أن الأطفال التوحديين يتعلمون اللغة ويلتقطونها من البيئة المحيطة بهم. بيد أن أساليب التواصل التي يضمنها أسلوب «التواصل الميسر» غالبا ما يكون مســتواها أعلى بكثير مما نتوقعه من الطفل العادي في العمر نفســه. والســؤال هو: كيف نتوقع أن الطفــل التوحدي يتعلم من البيئة أسرع من الطفل العادي؟ أليس من الطبيعي أن نتوقع أن الطفل الذي يستطيع كتابة الشعر والمقالات قادر على تسمية شجرة؟

فوق كل ذلك فإن اثنين من المبادئ أو المعتقدات التي قام عليها أسلوب «التواصل الميســر» لم يتحقق إثباتهما أو إسنادهما علميا. في بداية الأمر أشارت دراسة بيكلن إلى أن «المشاكل الحركية» التي يعانيها الفرد التوحدي

هي التي تتطلب المساعدة وتقديم التسهيلات للتواصل. بيد أنه لم يثبت أن مثل هذه المشاكل الحركية (الخرق) مرتبط بالتوحد فقط. وبالإضافة إلى ذلك فقط وصف بيكلن الصعوبات فيما أطلق عليه «البحث عن الكلمة» أو إيجاد الكلمة لدى التوحديين. ولكن هذه الصعوبة بحد ذاتها لم تكن مرتبطة بالتوحد في يوم، أو تخصه دون غيره.

موضوع جدلي آخر، حيث تبين من الملاحظة المباشرة لعملية التواصل الميسر أن «المتدرب» لا ينظر إلى لوحة الأحرف، فكيف يستطيع الطفل أن يكتب جملة صحيحة ومترابطة من دون أن ينظر إلى لوحة المفاتيح أو ينقر بيديه على بعض المفاتيح أو الأحرف بعينها على الأقل. فهذه مهمة غاية في الصعوبة لا يستطيع موظف الآلة الكاتبة المتخصص أن يقوم بها، فكيف بالطفل التوحدي؟ ومن المثير للاهتمام أيضا أنه في الوقت الذي ينظر فيه الطفل التوحدي إلى اتجاه آخر، يتابع المدرب لوحة المفاتيح بتعمد وانتباه. ومن الأمور التي اتضحت أيضا عدم قدرة الطفل على التواصل إذا لم يستطع المدرب رؤية لوحة المفاتيح. وهذا إثبات آخر على أن المدرب هو الذي يأتي بالرسائل أو الجمل وليس الطفل التوحدي.

من المهم جدا أن نشير أيضا إلى أن المدربين ليسوا أشرارا، يحاولون تحقيق إنجاز لأنفسهم، لكنهم في الواقع غير مدركين أنهم هم الذين يقومون بالتواصل وليس الطفل. وعندما ووجهوا بالأدلة (أي إظهار الدور الذي يؤدونه في إنشاء وخلق الرسائل)، اعترت معظمهم الدهشة، بل الصدمة أحيانا. فقد بدا أنهم يؤمنون فعلا بأنهم مجرد قناة أو وسيلة تمكن الطفل من التواصل. أما السبب وراء إنتاج بعضهم تلك الرسائل فلم يكن واضحا تماما. وقد أقر البعض بأنهم يواجهون ضغوطا لتحقيق النجاح وبأن كثيرا من ورش العمل كانت تركز على النجاح بالإضافة إلى الحاجة إلى افتراض أن الطفل لديه مهارات كتابية غير متوقعة. بل إن البعض أشار إلى ذلك البرنامج التدريبي بـ «العقل الجمعي».

لسوء الحظ احتاج الأمر إلى وقت طويل حتى استطاع من أظهروا زيف وخداع أسلوب «التواصل الميسر» أن يؤثروا في استخدامه. فعلى الرغم من نتائج الأبحاث العلمية التي بينت عدم فاعليته، استمر الآباء والمدرسون في

الدفاع عنه بقوة ضد تلك الأبحاث التي أظهرت بوضوح أن هذا الأسلوب لا يملك الفاعلية التي ادعاها. (أذكر أنني حاولت إرسال بعض طلبة الدراسات العليا لحضور ورشة عمل عن أسلوب «التواصل الميسر»، ليتعلموا الإجراءات وكيفية التطبيق. بيد أننا بُلغنا بعدم السماح للباحثين بحضور تلك الورش). لقد استثمر الآباء والمدرسون كثيرا من الوقت والأمل وحلموا كثيرا بذلك العلاج، وهم بالتالي مقتنعون بأنه فعال ويأتي بنتيجة على الأقل مع أبنائهم. وفي نهاية الأمر أصبحت اتجاهات الآباء والمدرسين أكثر هدوءا وعقلانية، ولكن ذلك لم يحدث إلا بعد أن خلَّف هذا الأسلوب كثيرا من الضرر.

الجانب السلبي للعلاج بالتواصل الميسر

قدم الدكتور هاورد شين (Howard Shane) الذي يعمل في مؤسسة مستشفى الأطفال، وهو أيضا دكتور في كلية الطب جامعة هارفارد، شرحا مفصلا عن الآثار الخطيرة والسلبية لبرنامج «التواصل الميسر» وهو ما أسماه «الجانب المظلم» لذلك البرنامج [13]. من المحتمل أن يكون أسلوب «التواصل الميسر» كاذبا أو مزيفا، ولكنه بالتأكيد ليس حميدا ولم يمر من دون أضرار. أما أكثر النتائج السلبية خطورة فقد تمثلت في الاتهامات الكاذبة بحدوث سوء معاملة جنسية وفسيولوجية للأطفال التوحديين. فمنذ أن أصبح أسلوب التواصل الميسر «مقبولا» كأسلوب حقيقي لتواصل الأفراد الذين يعانون إعاقات شديدة في التواصل والقدرات المعرفية حتى انتشرت رائحة الممارسات المسيئة للأطفال بوساطة المدربين من خلال التواصل الميسر. وقد أدت تلك الاتهامات في حالات كثيرة إلى إبعاد الأطفال عن منازلهم واتهام العائلات بجرائم خطيرة وإدخال بعضهم السجن. وعلى الرغم من أن كثيرا من المحاكم طالبت بإثبات فاعلية وصدق ذلك البرنامج العلاجي (وقد فشل برنامج التواصل الميسر في الاختبار)، وأسقطت أغلبية القضايا في النهاية، فإن معاناة الأهل والشقاق بينهم، وخسارتهم المادية بالإضافة إلى التدمير العاطفي تظل حقيقة باقية.

نحن نعلم أن المدربين هم من وضعوا الكلمات في أفواه التوحديين. والسؤال هو لماذا فعلوا ذلك؟ لا نعلم بالتأكيد، بل إن المدربين الذين اكتشفوا أخيرا أنهم صنعوا تلك الرسائل لا يعرفون السبب وراء سلوكهم.

لقد انهار كثير من المدربين عندما علموا أن سلوكهم قاد إلى المآسي التي عانتها العائلات. ويفترض البعض أن التوقعات الإيجابية من ذلك الأسلوب هي السبب في سلوك المعالجين المحير. فمن المعروف أن الأفراد المصابين بإعاقات شديدة أكثر عرضة لسوء المعاملة والعنف من الأفراد الطبيعيين. والمدربون يدركون هذه الحقيقة، وبالتالي كانوا يتوقعون تلك المعلومات. وأيا كانت الأسباب فإن المدربين السابقين الذين كانوا جزءا من قضايا العنف الزائفة عانوا الإحساس بالذنب بسبب المآسي التي سببها سلوكهم، حتى لو كان ذلك من دون قصد منهم.

هناك مجموعة أخرى من الآثار السلبية لبرنامج التواصل الميسر. أولا، أن هذا البرنامج حرم الأطفال التوحديين وغيرهم ممن يعانون صعوبات في التواصل من الحصول على التعليم المناسب والفعال، حيث إنهم يمضون وقتهم في «التدريب»، خصوصا إذا كان داخل فصول دراسية لم تصمم بشكل يناسب احتياجاتهم. فبالإضافة إلى أن هؤلاء الأطفال لا يملكون وقتا ليضيعوه، فإن هناك احتمالات أكبر للفشل في ظل بيئة غير مناسبة تربويا. ثانيا، أن جزءا كبيرا من الجهد والمال أُخذ أو حُول من برامج أخرى مناسبة وأكثر فعالية ليصب في برنامج التواصل الميسر. ثالثا، سُمح لبعض التلاميذ الذين يعانون إعاقات شديدة من خلال هذا البرنامج بأن يتخذوا «قرارات» فيما يتعلق بالبرامج التربوية الخاصة بهم وعلاجهم الطبي، بالإضافة إلى ترتيبات حياتهم اليومية. وقد تبين فيما بعد خطأ تلك القرارات. أما الأثر السلبي الأخير والأكثر خطورة لهذا البرنامج فهو ضياع وتحطم آباء الأطفال التوحديين الذين علقوا الكثير من الآمال على برنامج «التواصل الميسر».

ومن العدل أن نذكر أن أسلوب «التواصل الميسر» كان فعالا في تعلم بعض الأفراد مهارات الطباعة باستقلالية. وبينما ساعد ذلك الأفراد على التواصل، فإنه فعل ذلك بما يتناسب مع القدرات العلمية والعقلية لهم.

لقد عرضت نقاشا مطولا ومكثفا حول التواصل الميسر؛ وذلك لتوضيح مدى وعمق الآثار السلبية التي يمكن لأسلوب علاجي مزيف وغير مثبت أن يحدثه. وإذا كان برنامج التواصل الميسر أكثر تلك الأساليب رداءة، فإن هناك أنواعا أخرى لم تخضع بعد للتقنين الدقيق.

التحفيز الفوري (السريع)

هناك أسلوب علاجي آخر يلاقي كثيرا من الانتشار والشعبية حاليا وهو «أسلوب التحفيز السريع (R.P.M) «Rapid Prompting Method، الذي يشترك مع أسلوب التواصل الميسر في بعض الخصائص، مثل أن الطفل يتواصل عن طريق الكتابة والطباعة، ويظهر مستوى ثقافيا أفضل من المتوقع. وقد وُضع أسلوب التحفيز الفوري بوساطة سوما مخوبادهياي (Soma Mukhopadhyay)، التي أوجدته بهدف تعليم طفلها تيتو (Tito) كيفية التواصل. ويتضمن برنامج التحفيز الفوري عملا مستمرا مع الطفل، فالمعالج يقضي معظم وقت الطفل وهو يعمل معه في حالة اليقظة، حيث يشجعه ويحثه على العمل والحديث باستمرار، ولا يُسمح للطفل بأن ينغمس في سلوك الاستثارة الذاتية أو أي سلوك آخر غير مناسب.

أما نتائج العلاج بأسلوب التحفيز السريع فقد كانت غير مقنعة أو مدروسة بشكل علمي، وبنيت على التقارير الفردية وعلى عدد قليل من دراسات الحالات. كما أن تلك التقارير تتعلق بأساليب في التواصل أكثر تعقيدا مما يمكن لنا أن نتوقعه من الأطفال شديدي التوحد. وحتى يومنا هذا لا توجد أي معلومات قائمة على أساس علمي تثبت فاعلية وصدق ذلك العلاج. ومع ذلك وخلافا للتواصل الميسر، فإن فاعلية هذا الأسلوب أمر محتمل وممكن، برغم أن ما نلاحظه من فاعلية ونتائج إيجابية لأسلوب التحفيز السريع قد يعود إلى التدريب السلوكي المكثف وليس لأسلوب التحفيز السريع نفسه. أما الادعاء بأنه أسلوب جديد أو سحري فهو ادعاء لا مبرر له.

العلاجات النفسية

العلاج النفسي التحليلي

قصص كثيرة ومثيرة تضمنها كتاب «الحب لا يكفي» وانتهت نهاية سعيدة، فالطفل تمت مساعدته كما تمت السيطرة على مصدر المشاكل. لا شك في أن هناك بعض الفشل، وهناك أطفال لم يستجيبوا للعلاج، وبعضهم حوَّل أعراضه إلى صورة أخرى. وسيكون من الممتع، وربما المفيد كذلك، أن نسمع عن الحالات التي فشلت.. وقد يكون من المفيد أكثر

لو أن الكاتب تسـامى أو انحدر عن، نقاط ضعـف القدرة الكلية. (دوايت ماكدونالد في عرض لكتاب بتلهايم، كما اقتبسه ر. بولاك، 1997) [14].

- إن أساليب العلاج النفسي التي صُممت لمساعدة الأطفال التوحديين علـى اكتسـاب إدراك وفهم حالتهم لم تثبـت فاعليتها، وفي ضوء معرفتنا عن طبيعة التوحد نحن لا نتوقع أن تنجح في ذلك (المعهد الوطني للصحة النفسية، 1975) [15].
- بالنظر إلى تلك المشاكل، فإن استمرار استخدام التحليل النفسي أسلوبا لعلاج التوحد هو أمر مرعب، وكما هي الحال في التواصل الميسـر، تبين كيف يمكن لبعض الأسـاليب غير الموضوعية والمنحازة التي جاء بها بعض المختصين أن تؤثر بشكل سلبي (ت. سميث، 1996) [16].

المنطلقات والخلفية النظرية

ذُكر في بداية هذا الكتاب أن أول أسـلوب «عـلاج» للأطفال التوحديين اسـتند إلى نظرية التحليل النفسـي. وقد بدأ ذلك الأسـلوب في أربعينيات القرن الماضي عندما جرى تشخيص التوحد كاضطراب مستقل عن غيره من الاضطرابات. ففي الأربعينيات والخمسـينيات وحتى السـتينيات من القرن الماضي كان الأسلوب التحليلي هو العلاج الوحيد المتوافر للأطفال التوحديين. وترجع شعبية وانتشار العلاج التحليلي في الواقع إلى شعبية وسيطرة النظرية التحليلية في ذلك الوقت أكثر من كفاءة الأسلوب التحليلي نفسه.

وتسـتند نظرية التحليل النفسـي إلى اعتقاد أن التوحـد جاء نتيجة لانسـحاب الطفل من بيئته التي يرى أنهـا عدائية وخطيرة وتهدد حياته. وبسبب اضطراب الوالدين (غالبا الأم) فإن أعراض الإحباط والانسحاب والنوبات الطبيعية والبسيطة التي تظهر على الطفل تُفسَّر تفسيرا خاطئا مـن قبل الآباء، وعلى أنها رفض من جانـب الطفل للآخرين. وهذا بدوره يقود إلى ردود فعل سلبية ومبالغ فيها من قبل الوالدين. وبدلا من استجابة الآباء بالمساندة وإظهار التعاطف والحب، مثل الاحتضان والتغذية، تستجيب الأمهـات بعدائية ورفض. ويترجم الطفل بـدوره ردود فعل والديه (غالبا الأم) على أنها خطيرة، بل قاتلة أحيانا (كأن يتمنى الوالدان وفاة الطفل).

وبسبب الخوف من هذه البيئة الخطرة ينسحب الطفل إلى ما أسماه بتلهايم «اضطراب التوحد المزمن» أو «الحصن الفارغ» للتوحد. ويقود ذلك بدوره إلى توقف نمو الأنا عند الطفل، حيث إن جزءا كبيرا من الطاقات الانفعالية يُهدر في الدفاع لمواجهة تلك البيئة العدائية [17].

العلاج

هناك أسلوبان علاجيان انبثقا من نموذج التحليل النفسي: الأول للطفل، والثاني للآباء. وكما ذُكر سابقا، فإن المؤيد الأول للمنهج التحليلي في علاج التوحد هو برونو بتلهايم، الذي ترأس كلية سونيا شانكمان للتقويم في جامعة شيكاغو. وقد أكد، بتلهايم أن المنهج والهدف الرئيس في أغلبية المعاهد والمؤسسات العلاجية هو حث وتشجيع الطفل على رؤية العالم كما هو فعلا، وهو بالتحديد ما يعجز الطفل التوحدي عن فعله. ولذلك فقد اقترح خلق عالم مختلف للطفل عن العالم الذي تركه يائسا، لأنه يرى فيه تهديدا، بحيث يستطيع الدخول فيه على طبيعته.

ويتضمن العلاج إبعاد الطفل عن بيئة المنزل وعن الوالدين اللذين حُمِّلا مسؤولية انسحاب التوحدي اجتماعيا (وفق نظرية التحليل النفسي)، ثم يوضع الطفل في مؤسسة الرعاية مع توفير الوالد البديل الذي يقدم للطفل بيئة مساندة ومحبة ومشجعة ودافئة، الأمر الذي حُرم منه في بيئته الأصلية. ويهيئ الأب/ الأم البديل (المعالج النفسي عادة) بيئة يُسمح للطفل فيها بالتعبير عن مشاعره والقيام بأنشطة من دون قيود أو خوف من الإحباط أو ضغوط، وهي الأمور التي تميزت بها بيئته الأصلية. وبعد ذلك يُشَجَّع الطفل على الوصول إلى خبرات، وأن يتعلم مفاهيم إيجابية عن ذاته وعن العالم المحيط به وذلك بشكل تدريجي. وفي الوقت نفسه تقابل كل محاولات الطفل للوصول إلى الأهداف وللتطور بالحب والتقبل والصبر. كذلك فإن الأنماط السلوكية المرتبطة بالانسحاب إلى عالم التوحد كالعنف وثورات الغضب وغيرهما تقابل بالحب والتقبل أيضا. وبالإضافة إلى ذلك فإن قيام الطفل بالسلوك المرغوب فيه أو مجرد محاولته ذلك يجب أن يُقابل بتجاوب من قبل المعالج حتى يدرك

الطفل أن سلوكه يؤثر في الآخرين. وبالتالي يشعر الطفل بقوته وتأثيره، وهو شيء افتقده سابقا مع أبويه البيولوجيين، الأمر الذي يعتبر خطوة أساسية لكي يحقق الطفل استقلاليته.

ومثالا على أهمية الاستقلالية وكيفية تنميتها لدى الطفل التوحدي لننظر إلى حالة الطفلة التوحدية لوري، التي قدم بتلهايم عرضا لحالتها. ولوري وفق وصف بتلهايم طفلة توحدية تعاني انسحابا شديدا من أعراضه رفضها للطعام. وفي إحدى المناسبات، أظهرت لوري بعض الاستقلالية وذلك بالوصول إلى قطعة من الشيكولاتة وتناولتها. ثم حاول المعالج بعد ذلك إطعام الطفلة قطعة أخرى. وقوبل ذلك بعضة من الطفلة ليد المعالج. وقد فسر بتلهايم ذلك على أنه إشارة إيجابية وعلامة على إصرار لوري على الاعتماد على نفسها. واعتبر سلوكها (العضة) مشجعا جدا وجرى تقبله كسلوك مناسب.

وبشكل عام فإن العلاج القائم على أساس التحليل النفسي لا يمكن وصفه بصورة خطوات محددة ودقيقة. ولكن ينطوي على تحفيز الطفل بأساليب كثيرة للتعبير عن تنامي اعتماده على نفسه، ومثال على ذلك، ألا يقوم المعالج بتدريب الطفل على استخدام الحمام، حيث يعني ذلك فرض رغبة وإرادة الآخرين على الطفل، كما يعني وضع معايير محبطة للطفل. وهكذا فإن المعالج بدلا من التدريب على استخدام الحمام يشجع الطفل على «التخلص من فضلاته» في أي وقت أو أي مكان، (أي من دون وضع ضوابط معينة).

ومع استمرار العلاج واستمرار استقبال سلوك الطفل الذي يشير إلى استقلاليته بالتقبل والحب والتفهم، تنمو لدى الطفل الثقة والإحساس بذاته. وهناك أسلوب آخر يمكن استخدامه لتحفيز الطفل التوحدي وتشجيعه، وهو استثارة الطفل باللمس أو تحريك الأطراف ولمسها، وتشجيع تطور الطفل وإدراكه لوجود الآخرين حوله من دون أن يشكل له ذلك الوجود أي تهديد. وهذا بدوره يؤدي إلى ثقة الطفل بالآخرين وبالبيئة من حوله، الأمر الذي يختلف تماما عن الإحساس الذي انتهى بالطفل إلى حالة التوحد. فلا تعود للطفل حاجة ليدافع عن نفسه في مواجهة العالم الخارجي.

أما علاج الآباء تبعا لهذا الأسلوب فيتضمن التعرف على، وتحديد، العوامل أو الأسباب المرضية لدى الوالدين، التي أدت بهما إلى رفضهما للطفل. والهدف من ذلك مساعدة الآباء على إدراك الأسباب اللاشعورية والصراعات النفسية الداخلية الموجودة لديهم، والتي أعاقت رعايتهم لأطفالهم وعنايتهم بهم. ولتحقيق ذلك يخضع الآباء للتحليل والعلاج النفسي الذي غالبا ما يستمر فترة طويلة.

هل ينجح؟

لا توجد أي أدلة موضوعية وعملية تثبت فاعلية المنهج التحليلي في علاج الأطفال التوحديين. كما أن بتلهايم، الذي يعتبر أكثر المؤيدين والممارسين لهذا الأسلوب العلاجي، لم يقدم أي أدلة قوية لتدعيم ما سبق أن تحدث عنه من تحسن للأطفال الذين عولجوا بالتحليل النفسي. وبدلا من ذلك قدم عرضا تاريخيا لبعض الحالات التي عمل معها إثباتا لفاعلية العلاج التحليلي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مراجعة ودراسة الحالات والنماذج التي قدمها بتلهايم تشير إلى أن كثيرا منهم لن يشخصوا كتوحديين إذا ما جرت دراستهم في وقتنا هذا. ومثال على ذلك، الأطفال الذين وصفهم والذين يعانون الهذيان العقلي. ومنهم «جوي» الطفل الميكانيكي الذي كان يعاني هذيانا شديدا ويتصور نفسه جهازا أو آلة. ففي الوقت الذي يعتبر فيه هذا النوع من الهذيان عرضا من فصام الطفولة، فإنه ليس عرضا أساسيا للتوحد. فالأطفال الفصاميون أكثر قابلية للاستفادة من العلاج التحليلي النفسي والعلاج المعتمد على اللغة من الأطفال التوحديين. كما أن المعايير التي استخدمها بتلهايم لاختيار الأطفال المشاركين في برنامجه العلاجي كانت أمرا آخر استدعى انتقاد الآخرين.

وقد قدمت كثير من البراهين التي تنتقد استخدام المنهج التحليلي في علاج التوحد. وأول وأهم تلك الانتقادات أن العلاج التحليلي بُنِي واستند إلى افتراضات نظرية غير صحيحة. فالنظرية التي تشير إلى الآباء على أنهم سبب توحد أبنائهم ثبت خطؤها مرارا وتكرارا وغُض النظر عنها. كذلك لا يوجد إثبات على أن الأطفال التوحديين تعرضوا للظروف السلبية التي تعتبرها مدرسة التحليل النفسي أحد أهم أسباب التوحد.

ثانيــا، أن المحــاولات العملية التي جرت لتقييم هذا الأســلوب العلاجي لــم تؤيد أو تثبت كفاءته، كما أن الطبيعة الخاصة لأســلوب العلاج التحليلي التي تتمثل في المفاهيم الاســتدلالية والاســتنتاجية (كاستخدام مفهوم مثل «الأنا» والرغبات «والانفعالات الغرائزية») بالإضافة إلى افتقار هذا الأسلوب إلــى الدقة فــي وصف إجراءاته، كلها أمور تعوق إخضــاع هذه النظرية لأي اختبار عملي لتقييمها. في الحقيقة، إن التقييم العلمي والمخطط للأســلوب التحليلي في علاج التوحد أُعيق بسبب فشل بتلهايم وغيره من المؤمنين بذلك الأســلوب في تحديد مضمونه وإجراءاته بشــكل مفصل. وفضلا عن غياب معاييــر التقييم الدقيق، وعلى الرغم من معوقات التقييم تلك، حاول البعض القيام بذلك، بيد أن محاولات التقييم تلك فشلت في إظهار فاعلية الأسلوب التحليلي في علاج التوحد. وقد أصدر المعهد الوطني للصحة العقلية تقريرا في العام 1975 لُخصت فيه كثير من الأبحاث والدراسات التي أجريت على مدى عدد من الســنوات، وكانت النتيجة التي انتهــت إليها تلك الأبحاث أن التحليل النفسي بوصفه طريقة لعلاج التوحد أمر لم تثبت فاعليته [18].

مشكلة أخرى ترتبط بهذا المنهج العلاجي والنظرية التي استند إليها، وهي إلقاء اللوم على آباء التوحديين كسبب لاضطراب أبنائهم، وهو أمر غير مبرر. إن فكرة قاسية ومضللة كهذه سببت للآباء آلاما تفوق الوصف، بالإضافة إلى ما يعانونه من صعوبات فُرضت عليهم بسبب إصابة أبنائهم بالتوحد، وحاجتهم إلى التعامل مع ذلك الاضطراب والتكيف مع صعوبات تربية أطفالهم المصابين بهذا الاضطراب العميق. بالإضافة إلى نقطة ضعف أخرى تضاف إلى أسلوب العلاج التحليلي هي أن البيئة المرنة والمتســاهلة وغير المســتقرة التي لا يمكن التنبــؤ بها والتي تتوافر للطفل ضمن هذا الأســلوب العلاجي قد تأتي بنتائج عكسية. فتقبل وتشجيع السلوك غير المناسب مثل العنف والسلوك الشعائري قد يدعم ويقوي هذا السلوك. وفضلا عن ذلك فإن استبعاد الآباء من المشاركة فــي إجراءات العلاج ســيعطل فاعليته وإنتاجيته، حيــث يمكن أن يكون الآباء مصدرا فعالا ومهما في علاج التوحد إذا سمح لهم بالمشاركة.

وعلى الرغم من الافتقار إلى أي تقييم علمي وغير ذلك من المشاكل المرتبطة بالعلاج التحليلي مازال هناك من يتبع هذا الأســلوب ويطبقه. بيد أنهم أقلية، فلم يعد العلاج التحليلي أحد الأساليب العلاجية الرئيسة للتوحد اليوم.

العلاج بالاحتضان

المنطلقات والخلفية النظرية

يعتبر العلاج بالاحتضان أسلوبا علاجيا آخر يستند إلى المنهج التحليلي. وقد أُسس على يد الدكتورة مارثا ولش المختصة في طب نفس الأطفال في نيويورك، كما جاء في كتابها «وقت الاحتضان»[19]. والأساس النظري الآخر «للعلاج بالاحتضان» هو وجهة النظر الروحية التي جاء بها نيكو تينبيرغن، الحاصل على جائزة نوبل، والتي ركزت على العلاقة المتبادلة والتكافلية بين الأم وطفلها التي تتسم بالدفء والتعاطف، وأن التوحد يمثل فشلا في بناء مثل تلك العلاقة. وعلى الرغم من حقيقة تراجع النظرية النفسية في تفسير التوحد ورفضها من قبل كثيرين، فإن كلا من ولش وتينبيرغن افترض أن الأطفال التوحديين فشلوا في تكوين «الارتباط» بوالديهم، ونتج عن ذلك انسحاب هؤلاء الأطفال وتقهقرهم إلى عالمهم التوحدي. وتشبه وجهة النظر هذه، إلى حد كبير، النظرية التحليلية التقليدية التي جاء بها بتلهايم وغيره، والتي تقول إن تراجع الطفل إلى عالم من التوحد يعود إلى التأثيرات السلبية وغير البناءة في بيئته الاجتماعية المبكرة، وأن الانسحاب من التواصل الإنساني يعتبر تعبيرا عن الرفض الاجتماعي للطفل. وتفترض ولش أن التوحد يمثل خللا في ارتباط الطفل بوالديه خصوصا الأم، وأن ما يظهره من عدم تجاوب وانسحاب اجتماعي هو أساليب دفاعية ضد ذلك الارتباط المفترض مع والدته، وأنه باستخدام التواصل البدني المكثف تستطيع الأم أن تخترق هذا الانسحاب وتخلق روابط عاطفية قوية مع الطفل.

العلاج

استنادا إلى تلك الأسس النظرية يتضمن «العلاج بالاحتضان» إجبار الطفل على ترك عزلته الاجتماعية، وأن يتقبل التواصل الاجتماعي والدافئ مع الأم. ولتحقيق ذلك يعمد الوالدان (عادة الأم) إلى عناق الطفل وتطويقه بقوة حتى يتوقف عن المقاومة ويهدأ ويبدأ بالتواصل عينا لعين. وبما أن الطفل لا يستمتع بالعناق واللمس من الآخرين والبقاء على تلك الحال فترة طويلة،

فمــن الطبيعي أن تكون ردة فعله على ذلــك بالمقاومة والبكاء والرفض. ولكن علــى الأب/ الأم أن يواصــلا احتضان الطفل حتى يبــدي مرونة ويتكيف مع الوضع. كما أن بعض أساليب «العلاج بالاحتضان» تتطلب من الآباء أن يقولوا للأطفال إنهم يحبونهم، ولكنهم عليهم الخروج من عالم التوحد وعزلتهم.

تستمر جلســات «العلاج بالاحتضان» مدة تتراوح بين 20 و45 دقيقة، ويعتمد ذلك بدرجة أساســية على ســلوك الطفل. فكلما وصل الطفل إلى حالة من الهدوء والمرونة بصورة أســرع كانت الجلسة أقصر. ولقد لاحظ ممارسو «العلاج بالاحتضان» أن الجلسات تميل إلى أن تكون أقصر وأقصر بمرور الوقت والاستمرار في العلاج، حيث يدرك الطفل أنه يستطيع تجنب الاحتضان والعناق عندما يطيع الوالدين ويكون مرنا.

هل ينجح؟

إن فاعليــة «العلاج بالاحتضان» مع الأطفــال التوحديين هي أمر بعيد الاحتمال. ففي الوقت الذي ذكر فيه مؤيدو هذا الأســلوب في تقاريرهم أن بعض الحالات قد حققت تحســنا، فإن تقاريرهم تلك قامت على القصص المحكية والملاحظات الفردية بدلا من البحث العلمي الدقيق. فلم تكن هناك دراسات علمية واضحة وقوية أثبتت فاعلية هذا المنهج في العلاج. وبالإضافة إلى ذلك ليس هذا الأســلوب حميدا دائما. أذكر بوضوح أنني شهدت جلسة «العلاج بالاحتضان» (يطلق عليها أحيانا «خفض الغضب»). حيث جرت في عيــادة ملحقة بالجامعة بهدف الإثبات للطلبة ولبقية الموجودين كيفية تأثير ذلك المنهج في العلاج. حضرت إحدى الأمهات مع طفلها التوحدي الذي يبلغ خمس سنوات من العمر. لم يكن الطفل سعيدا منذ البداية، وهذا أمر يمكن فهمــه إذا أخذنا في الاعتبار الموقف غير المألــوف وكثرة الموجودين حوله. وقام الاختصاصي النفســي بالتجربة بتوجيه الأم لكي تحتضن طفلها بشدة وجها لوجه، وألا تغير الوضع حتى تُؤمر بذلك. ومن الطبيعي أن الطفل بدأ بالبــكاء والمقاومة العنيفة والصراخ بصوت عال. لقد كان منظر الطفل والأم وهما في حالة عصبية شــديدة مؤلما جدا. وانتهت الجلســة باستسلام الأم نتيجــة الإرهاق (وقد يكون اليأس أيضا) قبل أن يبدي الطفل أي تجاوب أو

مرونة. لم أكن وحيدة في ردة فعلي على تلك التجربة. بل شاركني كثيرون. لم تتكرر التجربة مرة أخرى في العيادة لقد صُرف النظر عنها ليس لكونها عديمة الفائدة فقط، بل لأنها قاسية أيضا.

لقد قدم المدافعون عن «العلاج بالاحتضان» بعض الأمثلة على فعاليته، ولكن تبين أن تطبيق المبادئ السلوكية وليس «المنهج التحليلي» هو المسؤول عن التحسن الذي لوحظ على بعض الحالات. هناك مبدآن سلوكيان قد يفسران أي تحسن أو فعالية يمكن أن نلاحظها كنتيجة لـ «العلاج بالاحتضان» ، فمن وجهة نظر التعلم بالاحتضان الشرطي الكلاسيكي أن الطفل يتعلم التحمل والتكيف مع التواصل الجسدي كنتيجة لخفض حساسيته الشديدة لها عندما يمر بالتجربة أكثر من مرة. ومعنى هذا أن الطفل قد «يتعود» التواصل، وبالتالي لا يسبب له أي إزعاج. أما من وجهة نظر الارتباط الإجرائي فيمكن للفرد منا أن يعتبر النجاح في استخدام «العلاج بالاحتضان» نتيجة آنية للتدعيم السلبي، حيث يتعلم الطفل أنه يمكن تجنب المواقف السلبية بالمرونة والطاعة. ومع ذلك، فإن الإكلينيكيين ذوي الاتجاه السلوكي لم يتبنوا أو يدافعوا عن هذا الأسلوب حتى لو كان فعالا كأسلوب للارتباط السلوكي. وبالتالي فإن هذه الطريقة المنفرة لا تعتبر غير مبررة فقط (وذلك لتوافر أساليب علاجية أخرى)، ولكنها تتنافى مع الأخلاق أيضا.

هذا وقد حقق أسلوب «العلاج بالاحتضان» بعض الانتشار في ثمانينيات القرن الماضي عندما أصبح شعبيا، وعلى الرغم من استمرار انتشاره في أوروبا حتى يومنا هذا، فإن استخدامه في الولايات المتحدة قليل جدا.

العلاج بالاختيارات

المنطلقات والخلفية النظرية

ترجع جذور هذا الأسلوب العلاجي إلى تجربة عائلة واحدة. حيث استنتج كل من باري وسماريا كوفمان أنهما استطاعا علاج طفلهما «رون» الذي يعاني توحدا شديدا، وذلك بتوفير الرعاية والحب له خلال أغلب ساعات استيقاظه. وسجلا تجربتهما مع طفلهما وخبرتهما في كتاب باسم

Son-Rise (نهــوض ابن) الذي نشــر في العــام 1976[20]، وقدم وصفا تفصيليا دقيقا لتفاعلهما المكثف مع طفلهما. وتقوم الفكرة الأساسية لهذا النوع من العلاج على دخــول الوالدين في عالم الطفل التوحدي، بدلا من إجباره على دخول عالمنا، وذلك كطريقة لبناء جســر بين العالمين. وعندما يتحقق ذلك فإن الطفل ســيجد الشــجاعة لترك أو هجر عالمه التوحدي ويعبر الجسر للدخول في عالمنا. لقد كان الزوجان كوفمان مقتنعين بأن هذا الأســلوب في العلاج حوّل طفلهما المنسحب اجتماعيا، والصامت، والذي لم تتجاوز نســبة ذكائه 30 درجة، إلــى طفل «متحدث ومتفاعل اجتماعيا وارتفعت نســبة ذكائه إلى درجة قريبة مــن العبقرية»[21]. وفي الحقيقة، فقد تخرج رون في الجامعة وأصبح مديرا لمركز تربوي للأطفال.

العلاج

إن الفكرة الأساســية وراء هذه الطريقة العلاجية هي دخول الوالدين عالم طفلهما التوحدي وانســجامهما فيه. ويتحقق ذلك أساســا بأن يتبع الوالدان الطفل ويفعلا ما يفعله. ويعتبر اشــتراك الوالدين مع طفلهما في ســلوكه المتكرر النمطي بمنزلة «المفتاح لكشــف أسرار هذا السلوك»[22]. كما يساعد على التواصل البصري والنمو الاجتماعي وإشراك الآخرين في اللعب. ويشــجع العلاج بهذه الطريقة الوالدين على الاســتفادة من دافعية الطفل لتنمية القدرة على التعلم واســتغلال طاقته، كذلك تحفيز التواصل الاجتماعي، وألا يطلقا أحكاما على ســلوك طفلهما. وبالإضافة إلى ذلك، لا تُفرض مطالب أو ضغوط على الطفل في أثناء هذا العلاج.

وفق هذا العلاج، يستغل الوالدان كل ساعات استيقاظ الطفل في تفاعل مكثف وفردي داخل غرفة صغيرة الحجم، كما يقلد الوالدان كل ما يقوم به الطفل، بما في ذلك سلوك الاستثارة الذاتية. من دون إطلاق الأحكام على تصرفات الطفل، ولا يحاول الأبوان إعادة توجيه ســلوكه، وكل ما يفعلانه هو محاكاة ســلوكه إلى أن يدرك الطفل وجودهما وسلوكهما المشابه. تعلم الأبــوان أن يتوقعــا إنجازا كبيرا ومفاجئا، وذلك مــن خلال إدراك الطفل الارتباط بينه وبين أبويه، ومن ثم تخطي الجسر إلى عالمهما.

هل ينجح؟

غالبـــا، لا. مـــرة أخرى نحن أمام عـــلاج لم يخضع للاختبـــار، كما لا توجد أي أدلة أو إثباتات علمية تؤيد ما ادّعاه الزوجان كوفمان من فعالية «العلاج الاختياري». وفي الوقت الذي يذكر موقعهما الإلكتروني أن العلاج يـــؤدي إلى «تغير جذري وكبير» في كل مجـــالات التعلم والتطور والتواصل واكتســـاب المهارات لدى الطفـــل التوحدي، فإنه لم يوجـــد أي دليل يثبت هـــذا الادعاء. ومن الطبيعي أن تكون هناك بعض الأدلة، ولكنها عبارة عن قصص وشهادات فردية غير قائمة على الدراسة والبحث العلمي، وبالتالي فهي محل شك في قيمتها وقدرتها على تقييم فعالية أي علاج.

بالإضافة إلى عدم وجود أي دلائل أو دراســـات علمية لتقييم أسلوب «العلاج بالاختيارات» فإن هناك مشكلات أخرى مرتبطة به. إحداها: أن مجرد معرفتنا بسمات وخصائص التوحد وطرق علاجه تجعلنا ندرك أن هذا البرنامج غير منطقي، ولا يمكن أن يكون فعالا. فكما أشـــار ســـيغل، فـــإن مجرد محاكاة أفعال وحـــركات الطفل لن تقوده إلـــى تطور طبيعي مناســـب [23]. فالأطفـــال الطبيعيون لا يتطـــورون لأن البيئة الاجتماعية تحاكي وتقلد ســـلوكهم، بل لأنها (أي البيئة) تطور وتوســـع ذلك السلوك لمساعدة الطفل على التقدم واكتساب القدرة على أداء سلوك تفاعلي أكثر تعقيدا وأعلى مستوى.

السؤال الآخر يدور حول حالة الطفل رون و«شفائه» بواسطة هذا الأسلوب العلاجي. برزت شكوك بشأن حقيقة «حالة رون واحتمال أنه لم يكن توحديا يوما ما [24]. وحيث إننا لا نملك أي توضيحات موضوعية بشأن تشخيصه، يصعب علينا أن نرجع نجاحه في حياته إلى هذا الأسلوب العلاجي (العلاج بالاختيار). من جهة أخرى قد يكون رون توحديا فعلا وأن العلاج ساعده أو أدى إلى شـــفائه. ولكننا، كما رأينا سابقا، لا نستطيع أن نستنتج أنه سيكون فعالا مع الجميع، لأنه كان فعالا وناجحا مع طفل واحد.

مشكلة أخرى خطيرة مرتبطة بهذا الأسلوب العلاجي كانت قد وصلت إليّ بعـــد فترة قصيرة من تحويل كتاب «نهوض ابـــن» إلى فيلم تلفزيوني. صور الفيلم أسلوب العلاج حيث تلقى رون المساعدة من والديه اللذين قضيا

ســاعات طويلة يوميا في غرفة صغيرة، يقلــدان أفعال رون وحركاته. أما في الأوقات التي يضطر فيها الوالدان إلى الخروج من المنزل فقد استعانا بأحد الأصدقاء ليحضر إلى منزلهما ويؤدي العمل نفسه مع رون.

وما كاد الفيلــم ينتهي حتى توالت عليَّ المكالمات التلفونية التي تتســاءل عن صحة وصدق هذا العلاج. البعض يتســاءل إذا كان عبارة عن معجزة أو سحر. أما أكثر المكالمات مدعاة للغضب والحزن معا فقد أتت من الآباء الذين لا يملكــون الوقت أو المال لتوفير مثل هذا المنهج العلاجي لأبنائهم. فقد كان واضحا أن أســرة كوفمان كانت تقضي وقتا طويلا مع طفلها، وهذه رفاهية لا تتوافــر للجميع، خصوصا إذا كان كلا الوالدين من الطبقة العاملة. بل إن بعــض الآباء الذين اتصلوا تلفونيا كانوا يبكون لإحساســهم بأنهم «يحكمون على أبنائهم بالفشــل»، لعدم اســتطاعتهم توفير هذا العلاج. بالإضافة إلى ذلــك أظهر الفيلم التدخل الســلوكي على أنه عقاب قاس، بينما أظهر علاج كوفمــان على أنه فعال ويقدم الحب والدفء للطفل. وقد ســبب هذا الفيلم إزعاجا للجمعية الأمريكية للتوحد (وقد عُرض عليها الفيلم قبل بثه) لدرجة أنها حاولت إقناع الشبكة التلفزيونية بعدم إذاعته. وبالإضافة إلى الادعاءات المشــكوك في أمرها، والتي يقدمها هذا المنهــج، هناك أمر آخر يجب أخذه في الاعتبار وهو التكلفة المالية للعلاج بهذا الأسلوب. فمثلا، يكلف «الكورس» العلاجي «الابتدائي»، وهو عبارة عن حضور الوالدين إلى «مركز الاختبارات» من دون الطفل لمدة أسبوع 2000 دولار لكل من الأم والأب. ثم يحضر الطفل لتلقي العلاج والتدريب المكثف داخل المركز لمدة أسبوع أيضا مقابل 11.500 دولار أمريكــي أيضــا. وهذا بالطبــع مبلغ كبير جدا بالنســبة إلى كثير من الأسر، خصوصا إذا كان العلاج لم تثبت فعاليته حتى الآن.

العلاج باستخدام الحيوانات

المنطلقات والخلفية النظرية

هناك أساليب علاجية عدة للتوحد تستند إلى التفاعل مع الحيوانات، وتشمل ركوب الخيل، والســباحة مع الدولفين، والتفاعــل مع الكلاب، أو القطط، وغير ذلك من الأساليب التي تجذب الطفل إلى التفاعل والتواصل مع الحيوانات.

إن استخدام الحيوانات في علاج التوحديين ليس جديدا؛ فقد سبقته مدة طويلة من العمل التقليدي استخدمت فيه الحيوانات لعلاج الأفراد المعاقين. أما وجهة النظر التي استندت إليها فكرة استخدام الحيوانات في علاج التوحد فهي أن الطفل الذي يجد صعوبة في التعامل مع الإنسان قد يسهل عليه أن يتعامل مع الحيوانات، حيث إن الحيوانات لا تطلب منه شيئا ولا تصدر أحكاما عليه. ويعتقد أصحاب وجهة النظر هذه أن الثقة التي ستتولد لدى هؤلاء الأطفال من تعاملهم مع الحيوانات ستُعمم على تفاعلهم مع البشر.

العلاج

من المبالغة أن نسمي هذه الجلسات «علاجا»؛ فهي تنطوي في الأساس على التفاعل مع الحيوانات بأسلوب يناسبها. يتمثل العمل مع الخيل - أكثر هذه الأساليب شيوعا واستخداما - في أن يقترب الطفل من الحصان ثم يلاطفه ويهتم به، وفي النهاية يتعلم كيف يمتطيه. وبعد ذلك يتعلم الطفل كيف يعتني بالحيوان، وهكذا يتعلم بعض المسؤوليات المرتبطة بالعناية بكائن آخر.

أما التفاعل والعلاج باستخدام الدولفين فهو أكثر صعوبة نوعا ما، حيث إن الدلافين ليست وديعة كما هي حال الخيول، كما لا يمكن التنبؤ بسلوكها. بالإضافة إلى ذلك فإن العلاج بالاستعانة بالدولفين يعني التفاعل مع الماء وليس الدولفين فقط. ولحسن الحظ فإن كثيرا من الأطفال التوحديين يحبون السباحة واللعب في الماء، ومن هنا فهم مرشحون مثاليون للسباحة مع الدلافين في مساحة مغلقة. ويمكن للطفل وفق هذا الأسلوب أن يدلل الدولفين خلال السباحة معه.

أما العمل مع القطط والكلاب وغيرها من الحيوانات كأساليب لعلاج التوحديين فهو أقل انتشارا من العمل مع الخيل والدلافين، أو على الأقل لم يحصل على الدرجة نفسها من الانتباه. بيد أن الفكرة وراء العمل مع الحيوانات واحدة، وهي التفاعل مع شريك أليف لا يصدر الأحكام على الفرد التوحدي.

هل ينجح؟

إن عــدم وجود أدلــة علمية أو عمليــة تثبت كفاءة «أســاليب العلاج» المتضمنــة في التفاعل مع الحيوانات هو أمــر متوقع. فلم يحاول أحد أن يخضع هذه الأســاليب لاختبارات علمية دقيقة لتقييمها. ولحسن الحظ، فــإن عددا قليلا جدا ممن يقدمون هذه الأســاليب العلاجية يدعون أنها تشــفي التوحد. ومع ذلك فإن بعض الممارســين للأساليب العلاجية التي تســتخدم الحيوانات قدموا ادعــاءات أبعد بكثير مما يســتطيعون إثباته عمليا. وهكذا سمعنا عن أطفال توحديين أصبحوا اجتماعيين وأكثر وعيا بالبيئــة المحيطة بهــم، وتواصلا مع الغير، نتيجة للجلســات العلاجية مع الحيوانــات. ولقد تحدثــت بعض التقارير عما يمكــن اعتباره «فتحا» في عــلاج التوحد. وعلى الرغم من أن تلــك التقارير تبعث الأمل والاطمئنان، فإنها غير مثبتة علميا.

الخلاصة أن السؤال عما إذا كان ركوب الخيل أو اللعب مع الدولفين يتضمن علاجا فعالا للتوحد، لا يعتبر ســؤالا مهما جدا. وبلا شك فإن هذا هو الســبب وراء عدم وجود مشــاريع بحثية ودراسات هدفت إلى الإجابة عن هذا السؤال. وعلى العكس في حالة علاج «التواصل الميسر» فإن عــددا قليلا جدا دافع عن «العلاج بالتفاعــل مع الحيوانات» أكثر مــن كونه إضافة ممتعة مصاحبة لأي علاج آخــر يتلقاه الطفل. إن أي طفل قد يســتمتع ويستفيد من مجرد التفاعل مع الحيوانات، فلماذا لا يعطى الطفل التوحدي الفرصةَ نفســها التي تعطى للأطفال الآخرين؟ إن الفكرة الأساســية هي أن التفاعــل مع الحيوانات «لا يمكن أن يكون مؤذيا»، بيد أن تكلفته المادية قد تكون باهظة. فالســباحة مع الدولفين ليست رخيصة الثمن.

إن الأســاليب العلاجية التي عُرضت فــي هذا الفصل من الكتاب هي فقط بعض ما عرف من الأساليب العلاجية الكاذبة. في إمكاني أن أتحدث عن مزيد من هذه الأساليب، إذ يأتي كل يوم جديد بأسلوب علاجي مريب. وكثير من هذه الأســاليب ينتشــر وتســلط عليه أضواء الإعلام فترة ما، ولكنهــا في نهاية المطاف تتضاءل وتغيب تدريجيا. ونحن نأمل أن تتضاءل

قبل أن تحدث ضــررا كبيرا. بعض هذه العلاجــات يبدو طريفا والبعض الآخر منطقيا بعض الشيء، وهناك من يسعى فقط إلى الكسب المادي. إذا بدا العلاج ممتازا لدرجة لا يمكن معها أن يكون حقيقيا، وإذا لم تكن هناك أبحاث ودراســات علمية تسنده، فإن نصيحتي هي أن تحرص الأسر على نقودها وتتجاهل تلك الأســاليب الواهمة. فالأطفال التوحديون وعائلاتهم يستحقون الأفضل بالتأكيد.



9

التدخل المبكر و«الشفاء» والعلاج «الأفضل»

«إن أي محاولة لتحديد «أفضل» الأساليب العلاجية للتوحد هي في نهاية الأمر غير مجدية؛ فالعلاج يجب أن يصمم على أساس فردي، بأن يكون لكل طفل العلاج الذي يلائمه هو».

المؤلفة

– دلت المعلومات المأخوذة من دراسة طولية اعتمدت الأسلوب العلمي في تقييم الأساليب العلاجية واستخدمت عينة مكونة من 19 طفلا توحديا، على أن 47% منهم وصلوا إلى مستوى عقلي ووظيفي طبيعي، بالإضافة إلى النجاح في المستوى الأول من المرحلة الابتدائية في مدارس التعليم العام. هذه المعلومات تعد بانخفاض المصاعب العاطفية التي تعانيها أسر الأطفال التوحديين.

(**إيفار لوفاس، في مجلة الطب النفسي السريري والاستشاري**، 1987)

– استنادا إلى هذا الموضوع، فإن النتائج التي يمكن استخلاصها، وبتحفظ، هي صعوبة تحديد أثر برنامج لوفاس للتدخل المبكر.

(**إيريك شوبلر، آندرو شورت، وغاري مسيبوف، في مجلة الطب النفسي السريري والاستشاري**، 1989).

– أدت الادعاءات حول السبل العلاجية المختلفة للتوحد إلى احتدام الجدل والنقاش بين المختصين، بيد أن الأدلة العملية لم تقدم حلا لذلك الجدل. هناك أسباب تدفعنا إلى توخي الحذر في قبول هذه الادعاءات القوية (حتى لو لم يكن هناك سبب غير عدم الدقة في التشخيص خاصة لدى الأطفال صغار السن والادعاءات بالقدرة على «شفاء» الاضطراب والتي تتناقض مع الخبرة الإكلينيكية والعملية المتوافرة والنظريات المنتشرة).

(مايكل رتر. في مجلة التوحد والاضطرابات النمائية، 1996).

على الرغم من أن الطريق لم تكن ممهدة دائما، فإن نشأة وتطوير بعض الأساليب العلاجية والتي أثبتت جدواها عمليا (كالتي وصفت في الفصل السادس من هذا الكتاب)، كان لها أثر عظيم في حياة الأطفال التوحديين والأفراد الذين يعتنون ويهتمون بهم. ومن الطبيعي أننا لا نتوقع الوصول إلى إجماع حول تلك الأساليب العلاجية. وفي نهاية الثمانينيات حدث ما يمكن اعتباره أكثر المواضيع المرتبطة بعلاج التوحد جدلا، وهو الجدل حول ما إذا كان التطبيق المكثف للعلاج السلوكي خلال السنوات القليلة الأولى من حياة الطفل التوحدي يؤدي إلى شفائه. لقد كان الجدل حول هذا الموضوع مشوبا بالعاطفة والانفعال، فضلا عن القسوة والحدة في المناقشة.

هل يمكن «شفاء» التوحد؟

أثير موضوع «الشفاء» من التوحد بواسطة عالم النفس إيفار لوفاس الأستاذ بجامعة كاليفورنيا – لوس أنجلوس، والذي نشر تقريرا بهذا الخصوص في العام 1987[1]. أجريت الدراسة على ثلاث مجموعات من الأطفال التوحديين (كانت أعمارهم عند بداية العلاج أقل من 41 شهرا). تلقت المجموعة التجريبية (التي تكونت من 19 طفلا) علاجا، بمعدل أربعين ساعة في الأسبوع، حيث يقوم طلبة دراسات عليا متدربون على تطبيق منهج «التدريب المرحلي» في منزل الطفل، والمدرسة والمؤسسات الاجتماعية. احتوى هذا العلاج على التطبيق المنظم والمخطط للأساليب المنفرة لبعض الأطفال. كما تدرب الوالدان على العمل مع الأبناء كجزء

من ذلك التدريب المكثف. أما المجموعة الثانية من الأطفال وهي المجموعة الضابطــة رقم 1 التي تكونت أيضا من 19 طفلا، فقد تلقوا الأســلوب العلاجي نفســه ولكن بكثافة وتركيز أقل (أقل من عشــر ســاعات في الأســبوع)، ومن دون استخدام أســاليب التنفير. أما المجموعة الثالثة، المجموعــة الضابطة رقم 2 (التي تكونت من 21 طفلا) لم تتلق أي علاج ســلوكي. بعد ســنتين من العلاج جرى تقييم الأطفــال، وكانت النتائج مثيرة للإعجاب: حيــث إن 47% من أطفال المجموعة التي تلقت العلاج المكثف وصلوا إلى مســتوى «طبيعي وظيفيا» كما ظهر في نسبة الذكاء التــي حصلــوا عليها، ونجحوا فــي اجتياز الفصــل الأول من المرحلة الابتدائية في مدارس التعليم العام، كما أن 43% من المجموعة نفســها أظهــروا تقدما ملحوظا ومهما في المجالات الأخرى، وإن لم يصلوا إلى المستوى الطبيعي في تلك المجالات، وباختصار فإن 90% من أفراد هذه المجموعة التجريبية التي تلقت علاجا مبكرا ومكثفا حققوا نتائج إيجابية. أمــا أفراد المجموعات الضابطــة 1 و2 فقد دلت النتائج على أن تقدمهم كان ضعيفا: طفل واحد في المجموعة 2 وصل إلى المستوى الطبيعي أو المتوســط فيما يتعلق بـ «القدرات الوظيفية الطبيعية». ولم يحقق ذلك أي من أطفال المجموعة الضابطة. وبالإضافة إلى ذلك فقد تم تتبع ودراســة المجموعــة التجريبية «أي المجموعة التي تلقت علاجا مكثفا ما بين ســن 9 – 19 ســنة، وتبين أنهم حافظوا على مكتســباتهم فيما يتعلق بنســبة الذكاء، وسلوك التكيف الوظيفي [2] (وفق ما جاء على لسان آبائهم).

لقد كانت هذه الدراسة بمنزلة مفاجأة مذهلة، فالآباء والمدرسون وكذلك الإكلينيكيون وغيرهم من مجتمع التوحديين لم يستطيعوا السيطرة على حماسهم وترحيبهم تجاه تلك النتائج. فالرسالة التي يمكن استخلاصها من تلك الدراســة أنه يمكن «شــفاء» عدد كبير من التوحديين. وهذا في الواقــع بعيد جدا عن التدهور الســلبي الذي تعانيــه أغلبية التوحديين، وعلــى الرغم من فرح وترحيــب الآباء وبعض الإكلينيكيــين بنتائج تلك الدراســة فإن كثيريــن من مجتمع العلماء كانوا أقــل اقتناعا بها وإلى درجة كبيرة.

وبعد نشـــر دراسة لوفاس مباشـــرة، والتي أسماها البعض «دراسة الشفاء» وضعت تحت التدقيق والنقد العلمي الشديدين. ففي الوقت الذي لم يشـــك فيه أحد في أن العلاج بالتدريـــب المرحلي كان فعالا مع هؤلاء الأطفال، أو أن العلاج في سن مبكرة سيكون مفيدا، فإن ادعاء لوفاس بشـــأن وصول هؤلاء إلى مستوى وظيفي طبيعي وتوقعاته وطموحاته من العلاج بأسلوب «التدخل المبكر والمكثف» قوبل بكثير من التشكيك من قبل الباحثين. وأثيرت التساؤلات تحديدا حول المنهج المتبع وتفسيره [3].

ربمـــا كان أكثر دواعي القلق هو حقيقة أن الأطفال الذين شـــاركوا في هذه الدراسة لم يوزعوا على المجموعات الثلاث بصورة عشوائية، بل وزعوا على شـــكل أزواج متماثلة بين المجموعتين العلاجيتين وفق توافر طلبة الدراسات العليا الذين كانوا يطبقون العلاج، وبناء على قرب سكن عائلـــة الطفل من جامعـــة كاليفورنيا في لوس أنجلـــوس، حيث أجريت التجربة. إن الفشـــل في توزيع الأفراد على المجموعات بصورة عشوائية يعتبر مشـــكلة رئيسية تؤثر سلبا في الأمانة العلمية للتصميم التجريبي. وحيـــث إنه كانت هناك اختلافات إجرائية بين المجموعتين مثل الاختلاف فـــي كثافة العلاج وفي بُعـــد الأطفال عن مكان التدريـــب، فإن الفرد لا يستطيع أن يستنتج وبشكل مؤكد أن العلاج بحد ذاته هو السبب الوحيد وراء ما شاهدناه من اختلاف في النتائج.

موضوع آخر يدعو إلى الاهتمام والقلق، وهو تعريف القدرة الوظيفية «الطبيعة». لقد استخدم لوفاس نسبة الذكاء ضمن المعدل الطبيعي والأداء الناجـــح في الفصل الابتدائي الأول معاييـــر لـ «قياس الأداء الطبيعي»، غير أن الرد على ذلك ســـرعان ما جاء على لسان البعض الذين أشاروا إلـــى إمكان ظهور أعراض الســـلوك التوحدي على الطفـــل، مثل العزلة الاجتماعيـــة، والاندفاع والتدهور والاهتمامات المحدودة، على الرغم من تمتعـــه بنســـبة ذكاء طبيعية وقدرة على التكيف في الفصول الدراســـية المعـــدة للأطفال العاديين (وفـــي الواقع فإن من يشـــاهد الفصل الأول الابتدائـــي في المدارس العادية يلاحظ أنه يلائم أطفالا ذوي مســـتويات عقلية مختلفة). وعلى الرغم من أن لوفاس أشار إلى أن المدرسين ذكروا

أنـــه لا يمكن التمييز بين هؤلاء الأطفال وغيرهم في الفصل الواحد، فإنه لم يقدم أي أدلة علمية لتأييد ذلك. فضلا عن أن استخدامه لتقارير الآباء لتقييم قدرة أبنائهم على التكيف الاجتماعي والوظيفي وغياب الاضطراب النفســـي كان غير مناسب وغير دقيق. فبينما تعتبر تقارير الآباء مهمة، فإنـــه يجب أن تُضم إليها تقارير أخرى لنخرج منها جميعا بتقارير أكثر شـــمولا وموضوعية. وعلى كل حال كان الآباء على علم بمشاركة أبنائهم في تلك الأبحاث والدراســـات، وقد تكون تقاريرهم بنيت على معلوماتهم الشخصية من دون قصد، أو أنهم كانوا متأثرين بما يعتقدون أن الباحث يريد أو يرغب في سماعه. وهناك تساؤلات أخرى حول منهجية الدراسة. إن عينـــة البحث لم تكـــن ممثلة للأطفال التوحديين بشـــكل صادق وفق ما جاء على لســـان بعض الباحثين. لقد حددت دراســـة لوفاس معايير لإشـــراك الأطفال في الدراســـة مثل معيار انحراف درجة العمر العقلي (بأن يحســـب العمر العقلي للطفل كوظيفـــة لعمره الزمني الحقيقي وقت إجراء الاختبار)، بالإضافة إلى مســـتويات مختلفة في الأعمار المقبولة اســـتنادا إلى وجود أو عدم وجود المصاداة اللغوية. عندما اســـتخدمت هـــذه المعايير لاختيار أفراد العينة اســـتُبعد 15% مـــن الأطفال الذين حضروا إلى العيادة في جامعة كاليفورنيا - لوس أنجلوس.

وفي المقابل، ادعى شـــوبلر وزملاؤه أنه في حال استخدامهم المعايير نفســـها في اختيار العينة، لاستُبعد 57% من الأطفال الذين أحيلوا إلى برنامجهم [4]. لقد كان واضحا للجميع أن الأطفال الذين اشـــتركوا في برنامج لوفاس للتدخـــل المبكر كانوا يتمتعون بقـــدرات عقلية ووظائفية أعلى من معظم الأطفال التوحديين، وبالتالي فمن المتوقع أن يكون تطور حالتهم أفضل من غيرهم بدرجـــة واضحة. وبصرف النظر عن المعايير التي اســـتخدمت لاختيار أو استبعاد أفراد عينة الدراسة فإن استبعاد نسبة من الأطفال المحولين إلى العيادة يعني أن العينة التي أشركت في البحـــث لا تمثل المجتمع الكلي للتوحديين. وبالتالي لا يمكن تعميم نتائج تلك الدراســـة على كل فئات التوحديين. وبالإضافة إلى ذلك فإن متوسط أعمـــار المجموعة التجريبية التي تلقت علاجا مكثفا أقل بـ 6 أشـــهر من

متوســـط أعمار المجموعة التي تلقت علاجا أقـــل كثافة. وهذا بحد ذاته يشـــك في مصداقية الدراســـة ونتائجها، فكيف لنـــا أن نتأكد من أن الاختلاف في النتائج يرجع إلى كثافة العلاج ونوعه وليس إلى الفرق بين متوسط أعمار المجموعتين.

وقـــد انتقد باحثون آخرون لوفاس لاســـتخدامه اختبـــارات مختلفة لقيـــاس القدرات العقلية خلال مراحـــل البحث. فقد جرى تقييم الأطفال باختبار معين قبل العلاج، ثم باختبار مختلف بعد العلاج. وبما أن وسيلة التقييم لم تكن متســـقة وثابتة، فـــإن المقارنة بين النتائج لن تكون دقيقة، ممـــا يضعف إلى حد كبير القدرة على تفســـير النتائج التي تم التوصل إليهـــا، إضافة إلى ما ذكر حول إدارة الاختبارات الموحدة بطرق مختلفة على مر الزمن. افتقاد الثبات والاتســـاق مرة أخرى. ومشكلة أخرى لها آثار خطيرة على ملاءمة «التدخل المبكر والمكثف» وعلى توافره لمن يحتاج إليـــه وإمكان تطبيقـــه، وهي أن لوفاس وزملاءه أكـــدوا ضرورة تطبيقه بواسطة معالج على درجة عالية من التدريب وتحت إشراف مختص ذي خبرة وتعليم عاليين، وأن اكتمال التدريب يحتاج من ســـت أشـــهر إلى سنة. وبالنظر إلى تلك الظروف فإن الفرد منا يتساءل عن احتمال توافر هذا العلاج للجميع، وما إذا كانت المراكز الأخرى غير مركز لوفاس تقدم هذا العلاج بكفاءة. وفي الحقيقة فإن هناك أمورا أخرى تدعو إلى القلق، وهي توافر هذا العلاج في مراكز قليلة فقط [5]، فضلا عن المشـــاكل أو المعوقات المرتبطة بدفع تكاليف التدريب الباهظة.

وقد تكون أكثر التحفظات عن نتائج دراســـة لوفاس هي أن أحدا لم يســـتطع تكرار تلك الدراســـة بنتائجها المتفائلة. فإلى أن يتمكن البعض من خارج مجموعة لوفاس وممن ليســـت لهم مصلحة شخصية في تأييد صحة تلك الدراســـة أن يكررها ويصل إلى نتائج متطابقة أو متشابهة، فإن علينا أن نكون حذرين في تفسير وتعميم نتائج دراسته. وعلى الرغم من محاولة البعض تكرار ومطابقة دراســـة لوفاس فإنهم لم يستخدموا المتغيرات نفســـها التي استخدمت في الدراسة الأصلية، (مثال على ذلك استخدمت وسائل مختلفة لقياس أثر العلاج أو استخدام عينات مختلفة

من الأطفال التوحديين)، وبالإضافة إلى ذلك لم تسجل أي من تلك الدراسات النتائج المتفائلة جدا التي أفرزتها دراسة لوفاس [6]. علاوة على ذلك، إذا تبين أن نتائج تلك الدراسة صادقة وحقيقية ولكن لا يمكن الوصول إليها إلا باتباع الأسلوب والبرنامج أنفسهما، يبقى أمر آخر مدعاة للقلق وهو ما يتعلق بالجوانب العملية وتوافر العلاج للجميع. فإذا كانت فاعلية العلاج تتوقف على تطبيقه بواسطة شخص معين دون غيره فمعنى ذلك أنه لن يكون متوافرا للجميع.

من الطبيعي أن يواجه لوفاس وزملاؤه تلك الانتقادات التي جاءت من مجتمع العلماء والمختصين بشكل مباشر وبجدية، وبدورهم رد العلماء على دفاع وبراهين لوفاس وفي الواقع مازال الجدل محتدما ومن غير المحتمل أن ينتهي قريبا. ولقد كان هذا العداء المتبادل قاسيا ولاذعا في بعض الأحيان، كما كانت له انعكاسات سلبية على مجتمع المختصين.

ومع ذلك وبعد كل ما قيل، لا يمكن إنكار حقيقة أن الأطفال المشاركين في دراسة لوفاس حققوا تحسنا مشهودا وكبيرا. وفي الواقع فقد قدم لوفاس وزملاؤه تقريرا عن دراسة تتبعية للأطفال المشاركين في برنامجهم ودراستهم الأصلية، وتبين من ذلك التقرير أن هؤلاء الأطفال حافظوا على المكتسبات ومستوى التحسن الذي حققوه مع مرور الوقت [7]. فكثير من هؤلاء الأطفال لا يمكن تمييزهم اليوم عن أقرانهم العاديين. ومع أن هذا لا يفند أو يبطل النقد العلمي لنتائج دراسات لوفاس (هناك أيضا انتقادات أخرى للتقرير حول الدراسة التتبعية)، بيد أنها لا تنكر أن كثيرا من الأطفال التوحديين يمكنهم تحقيق تحسن جذري باستخدام هذا الأسلوب العلاجي، وقد يستمر مع الوقت.

وكما هو متوقع فهناك جوانب إيجابية وأخرى سلبية لنتائج دراسات لوفاس، فلا أحد في مأمن من النقد. أما الجانب الإيجابي لأعمال لوفاس فهو أنها أثبتت أهمية وفاعلية المنهج السلوكي للتوحد، فعلى الرغم من أن المنهج السلوكي كان العلاج المختار أو المفضل للتوحد قبل دراسة لوفاس فإن النتائج غير المتوقعة والمتميزة التي جاءت بها تلك الدراسة وضعت العلاج السلوكي في مقدمة أساليب علاج التوحد.

وبعد سنوات قليلة من ظهور تلك الدراسة نشرت رواية بواسطة والدة طفـل توحدي ممن استطاعوا الوصول إلى مستوى طبيعي للوظائف العقلية، بواسطة برنامج التدخل المبكر والمكثف، وكان لتلك الرواية تأثير مهم في مجتمع التوحد[8] (المقصود بمجتمع التوحد، التوحديون، والمعالجون، والمختصون الإكلينيكيون والباحثون، والأسر). ولقد نتج عن تقرير لوفاس في الحقيقة حملة واهتمام إعلاميان كبيران مازالا مستمرين حتى يومنا هذا وبعد عقدين من الزمان، فمازالت البرامج الإعلامية تصف هذا البرنامج وقدرته على «شفاء» الأطفال التوحديين.

نقطة إيجابية أخرى ارتبطت بتأثير دراسة لوفاس وهي أنها جعلت كثيرين يدركون أن تدهور حالة الأطفال التوحديين ليس أمرا حتميا، مما أعطى الأمل للكثيرين خصوصا الآباء الذين أمدتهم الدراسة بالشجاعة للضغط على المدارس لتقديم خدمات وتعليم أفضل لأبنائهم. وسأناقش قضايا التعليم بتفصيل أكبر في الفصل العاشر.

لقد كان لدراسة لوفاس والجدل حول برنامج العلاج المكثف والمبكر جوانب سلبية أيضا، ومن المحتمل أن أكثر تلك الآثار السلبية خطورة هو أن سماع آباء التوحديين لتلك النتائج المتفائلة والمتعلقة بـ «شفاء» التوحد جعلهم يندفعون وبحماس إلى علاج أبنائهم باستخدام هذا البرنامج، فما جاء في التقرير من أن 47% من الأطفال وصلوا إلى المستوى الطبيعي بواسطة ذلك العلاج كان أمرا كافيا بحد ذاته لجذب اهتمام الأسر. ولكن حتى بالنسبة إلى الأطفال الذين حققوا نتائج جيدة، فإن هناك كثيرا من عناصر العلاج ما زالت غير معروفة بشكل كاف، مثل العمر المثالي للبدء بالعلاج، أو المدة المناسبة للعلاج، وكيف نحكم أو نتنبأ بأي الأطفال سيحقق أعلى مستوى من التحسن، أو متى نقرر أن طفلا ما لم يحقق تحسنا وبالتالي يبعد عن البرنامج. ففي بعض الأحيان يتلقى الأهل أو المدرسة تعليمات تفيد بأن الطفل إن لم يحقق تحسنا بواسطة علاج لمدة 20 إلى 30 ساعة أسبوعيا، فذلك يعني أنه في حاجة إلى زيادة عدد ساعات العلاج والتدريب، غير أن البعض يعتقد أنه إذا لم يؤثر العلاج في الطفل عند ذلك المستوى من التركيز، فإنه من غير المحتمل لهذا الطفل

أن يتحسن إطلاقا. فتوفير ساعات أكثر من علاج غير مفيد ليس حلا للمشكلة. وبالإضافة إلى ذلك فإن متلقي العلاج هم أطفال صغار السن، وعلينا أن نضع في اعتبارنا كثافة ومستوى العلاج الذي يستطيعون تحمله أو الذي هو خارج طاقتهم. فإذا لم يستفد الطفل من العلاج فعلينا أن نحدد ذلك بأسرع وقت ممكن وأن نقدم له علاجا بديلا.

يبدو أن البعض ركز وإلى درجة كبيرة على ما جرى تسجيله من وصول 47% من الأطفال الذين تلقوا العلاج إلى مستوى عقلي وظيفي ونمائي طبيعي إلى الدرجة التي نسوا فيها أن 53% من العينة نفسها لم يصلوا إلى ذلك المستوى (أي المستوى الطبيعي). فمن الواضح أن التدخل المبكر والمكثف لم يكن له تأثير إيجابي في جميع الأطفال التوحديين، وبالتالي فنحن في حاجة إلى إيجاد أسلوب علاجي لمن لم يستفيدوا من العلاج المبكر. فضلا عن ذلك فقد كان هناك تركيز شديد على البحث عن أساليب علاجية لصغار السن من التوحديين وبدائل لتلك الأساليب، ما جعل آباء الأطفال التوحديين الأكبر سنا يشعرون بأن عددا قليلا جدا من الأساليب والبرامج العلاجية ركزت أو اهتمت بأبنائهم. وهو الأمر الذي عبرت عنه إحدى الأمهات بالقول: «إن طفلي يبلغ خمس سنوات فقط وهو خارج نطاق الاهتمام، هناك شيء غير صحيح».

مشكلة أخرى ترتبط ببرنامج التدخل المبكر والمكثف، وهو التكلفة العالية له التي بلغت 60 ألف دولار سنويا، وبالطبع، لن يجادل أحد في جدوى دفع هذا المبلغ إذا كان سيعيد الطفل التوحدي إلى الحالة الطبيعية. بل ستعتبر صفقة رابحة من قبل البعض إذا وضعنا في اعتبارنا أن تكلفة علاج الطفل التوحدي طوال حياته قدرت بخمسة ملايين دولار [9].

لقد لجأ بعض أولياء الأمور إلى رهن منازلهم والعمل في وظائف إضافية وإنفاق مدخراتهم في سبيل شفاء أبنائهم. ولسوء الحظ، فإن كل تلك التضحيات من جانب الأسر لم تقابل بتحسن كبير أو ملحوظ في حالة أبنائهم. فكما ذكر سابقا فإن أغلبية الأطفال لم يحققوا مستوى التحسن والتقدم الذي تحدث عنه لوفاس وزملاؤه، ولكن ذلك لم يتضح

إلا بعد مرور شـــهور وسنوات وبعد إنفاق كثير من الدولارات. أما خيبة الأمل ومشـــاعر الغضب التي عايشتها الأسر بسبب هذا الموقف فكانت كبيرة جدا.

مشـــكلة أخرى ارتبطت ببرنامج لوفـــاس العلاجي وهو أن كثيرا من الآباء وضمن جهودهم لعلاج ومســـاعدة أطفالهم آمنوا بهذا الأســـلوب العلاجـــي، أي «التدخل المبكر والمكثف»، إلـــى الدرجة التي أهملوا فيها الأســـاليب العلاجية الأخرى وإن كانت فعالـــة. وهذا ينطبق على بعض العلمـــاء والمختصين إلى حد ما. فبعض الباحثـــين والمدافعين والمؤمنين بفاعلية علاج «التدخل المبكر والمكثف» نشـــروا دراســـات وأبحاثا تثبت وتظهر فاعليته، والبعض الآخر قدم شرحا عن فضائل وفوائد الأساليب والاســـتراتيجيات الطبيعية التي تضمنها هذا الأســـلوب، واستشهدت بدراســـات وأبحاث لإثبات فاعليته. وبينما اســـتخدمت دراســـة لوفاس لتؤيد وتثبت فاعلية علاج التدخل المبكر وتفوقه على غيره من الأســـاليب العلاجية الأخـــرى، فمن الضروري أن ننتبه إلى أن دراســـة لوفاس لم تكن لمقارنة هذا الأســـلوب بغيره من الأســـاليب العلاجيـــة، وبالتالي لا نستطيع أن نستخدمها لإثبات تفوق التدخل المبكر على أي منهج علاجي آخر. فقد قارن لوفاس في دراســـته بين مســـتويات ودرجات كثافة عدة من الأســـلوب العلاجي نفســـه وبين عدم العلاج إطلاقا، وليس بين هذا الأسلوب وأسلوب آخر. أثبتت دراسة لوفاس وبشكل أساسي أن العلاج المكثف أفضل من العلاج غير المكثف وإن كان بالأســـلوب نفسه. غير أن هذه الفكرة لم تقبل بشكل مطلق، وكان لها معارضون، فقد أثبتت إحدى الدراســـات مثلا أن 21 ساعة من العلاج أسبوعيا، تساوي في فاعليتها 32 ساعة [10].

وجدير بالذكر أنه جرى الوصول إلى أســـاليب تدخل فعالة بالاعتماد على التطبيع الســـلوكي، وأحد أهم تلك الأســـاليب والتقنيات هو تقديم العـــلاج أو التدريـــب للطفـــل في بيئتـــه الطبيعية وبدمجه مـــع الأطفال الطبيعيين ممن هم في مثل عمره، أطفال ما قبل المدرسة [11]. ففي هذه المواقف والأوضا ع (ســـوف نشرها بالتفصيل فيما بعد) يوضع الأطفال

التوحديون مع الأطفال الطبيعيين، ثم يطبق العلاج السلوكي التطبيعي لهم جميعا. وقد بدا أن الأطفال التوحديين استفادوا من «التطبيع» والدمج ومن وجودهم مع الأطفال الطبيعيين.

إن هذا الموقف يتعارض وبوضوح مع وضع الأطفال التوحديين في فصول معزولة أو في تقديم علاج مكثف لهم في المنزل، أو بشكل فردي، حيث يقدم العلاج للطفل وهو في عزلة عن الأطفال الطبيعيين. فإذا وضعنا في اعتبارنا أن الهدف الأساسي من علاج الطفل التوحدي هو تعليمه كيفية التفاعل والتصرف في البيئة الطبيعية، وأن البيئة الطبيعية للطفل هي التي تضم أطفالا آخرين، ندرك أن هذا المنهج منطقي وملائم. بالإضافة إلى أن فاعلية هذه الأساليب وجدت كثيرا من التأييد العملي والعلمي [12].

والسؤال هنا، أيهما أفضل العلاج «بالتدخل المبكر والمكثف» أم تقنيات «الدمج والتطبيع»؟ كما ذكر سابقا في هذا الكتاب، فقد تبين أن «تقنيات الدمج والتطبيع» تتميز بزيادة القدرة على تعميم تأثير العلاج، وأن العلاقة بين المعالج والطفل تتسم بالتعاطف والإيجابية. وبالنظر إلى التحسن اللغوي وإلى نتائج الأبحاث والدراسات المتوافرة بشأن تقييم الأساليب العلاجية يمكننا أن نستنتج أن استراتيجيات التعليم التطبيقي والتي تعتمد على دمج الأطفال التوحديين مع الطبيعيين تتفوق وبشكل عام على الأساليب العلاجية التي تتسم بالتخطيط المحكم أو العلاج المبكر والمكثف كما وصفه لوفاس وآخرون [13]. بيد أن ذلك لا ينفي أن أسلوب «التدخل المبكر والمكثف» شديد الإقناع، حيث ثبت وبوضوح أن له القدرة على خلق أو إحداث تحسن جذري لدى كثير من الأطفال.

من الطبيعي أن العلاج في مراحل النمو المبكرة قد يؤدي إلى تحسن أساسي ودائم أكثر من التدخل فيما بعد. نعلم جميعا أن العلاج المبكر يعد أكثر أهمية وبدرجة كبيرة من العلاج الذي يقدم «متأخرا جدا». ويمكن تحديد فائدتين رئيسيتين للتدخل المبكر في علاج التوحد.

أولا: التوحد اضطراب متطور (بمعنى التدهور هنا) ومعنى ذلك أن الصعوبات المبكرة في التجاوب والتواصل الاجتماعي سيكون لها تأثير سلبي عميق في نمو وتطور أنماط السلوك المهمة مستقبلا.

فالطفل الذي لا يشارك الآخرين أو يتعلم التواصل بفاعلية بشكل مبكر ستكون فرصته في تعلم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية الأكثر تعقيدا قليلة جدا، فضلا عن السلوك المضطرب والشعائري الذي هو من أعراض التوحد ويتعارض مع تعلم السلوك السوي والمناسب، بالإضافة إلى أنها تصم الطفل بصفات سلبية، وبالتالي تؤثر في الطريقة التي يستجيب بها عالم الطفل الاجتماعي له. أما إذا جرى التدخل في مرحلة مبكرة من عمر الطفل فهناك احتمال بأن يكون قادرا على تجنب كثير من المشاكل التي نراها عادة لدى الأطفال التوحديين عندما يكبرون في العمر.

ثانيا: بالنظر إلى المفهوم الشائع والمقبول بشأن «مرونة» الدماغ في مراحل النمو المبكر فمن المحتمل حتما أن يكون للتدخل المبكر تأثير إيجابي في تطور ونمو دماغ الطفل، حيث تتميز المراحل الأولى من نمو الدماغ الإنساني بنمو «خلايا» الدماغ في منطقة ما، ثم تهاجر (تنتقل) إلى منطقة أخرى. وينتج عن ذلك اختلاف وتمايز في وظائف الدماغ، حيث إن لكل منطقة من تلك المناطق وظيفتها الخاصة بها، مما يجعل الدماغ الطبيعي على درجة عالية من الكفاءة والتخصص. ولكن بعد فترة محددة تصبح وظائف العقل أكثر ثباتا ومقاومة للتغيير. وبالتالي يصعب، إن لم يستحل، التأثير في وظائف الدماغ. وحيث إن فترة ما قبل الولادة والمرحلة المبكرة بعد الولادة هي الفترات التي يتغير فيها الدماغ بسرعة وبدرجة كبيرة، كما أنها أكثر المراحل تأثرا بالعوامل البيئية والوراثية، فإن تغيير بيئة الطفل الاجتماعية من خلال برامج التدخل المبكر والمكثف قد يساعدنا على التأثير وبصورة إيجابية في نمو دماغ الطفل بحيث يقلل من ظهور الأعراض التوحدية، أو يمنع ظهور الأعراض كليا في الظروف المثالية. وعلى الرغم من أنه لا توجد أبحاث أو دراسات أثبتت أن ذلك ممكن حتى الآن، فإن مثل هذا التغيير في وظائف الدماغ في المراحل النمائية الحرجة والمبكرة من نمو الدماغ وجد بعض التأييد من الأبحاث التي طبقت على الحيوانات [14].

أي أساليب العلاج السلوكي أفضل؟

في النقاش الدائر حول أفضل الأســاليب العلاجيــة للتوحد أُغفلت نقطة مهمة: لا يوجد أسلوب علاجي واحد يمكنه الادعاء أنه فعال وبشكل أساســي في علاج كل الأطفال التوحديين. وفي الحقيقة لا يوجد أسلوب علاجي واحد يستطيع الادعاء أنه فعال وبصورة أساسية في علاج أكثر مــن 50% إلى 70% من الأطفال التوحديــين. ومن هنا فإن القول بأن هنــاك علاجا أفضل من بقية الأســاليب لا معنى لــه وغير منطقي. كما أن الاختلاف في نتائج الأســاليب العلاجية يشــير إلى أن هناك عوامل أخرى بجانب الأســلوب العلاجي المختار تــؤدي دورا في تحديد فاعلية العلاج. ولكــي نقلل من تلك الاختلافات ونزيد مــن عدد الأطفال الذين يستفيدون من العلاج السلوكي بدرجة كبيرة علينا أن نحدد تلك العوامل. إن توصلنا إلى هذا الفهم وأدركنا تلك العوامل فسوف نتمكن من مراعاة الفروق الفردية عند وضع الخطط العلاجية. إن الســؤال المناسب يجب أن يكون «أي أســاليب العلاج الســلوكي أفضل لطفل بعينه؟ وتحت أي ظرف؟ وفي أي وقت؟».

إن البحث عن السؤال المتعلق بالمتغيرات المهمة لوضع العلاج الفردي والمناســب للأطفال التوحديين يقودنــا إلى إدراك أن هناك عوامل تتعلق بالطفــل وأخرى بعائلته، بالإضافة إلى عوامل تخص العلاج، ولكل منها أهميتــه الخاصة. مثــال على ذلك، ما نعلمه جميعا مــن أن عمر الطفل ودرجــة الإعاقة العقلية التي يعانيهــا، بالإضافة إلى قدرته اللغوية كلها عوامــل مهمة ومؤشــرات تنبئ بنتائج العلاج. ولقد ثبــت عمليا أن لكل عامل من تلك العوامل أهميته الخاصة. وهكذا فقد سَــلم لوفاس وغيره بأن التدخل المبكر والمكثف قد لا يكون فعالا مع الأطفال شديدي التخلف العقلــي. كما أن عوامل أخرى مثل بعض الأنماط الســلوكية والإعاقات الأخرى هي مهمة أيضا.

وفي ذات السياق فإن العوامل المرتبطة بالأسرة مثل معاناتها من الاكتئاب والقلق، والتوتر، تؤثر في مدى تقبل الأسرة للعلاج وتطبيقها له. فالأسر التي تعاني درجة عالية من التوتر أو القلق أو من الاكتئاب لا تصلح لأن تشــارك

في برنامج تدريب الوالدين على العلاج. فالجهد الكبير الذي يتمثل في تقديم العلاج الجديد لأبنائها (الأسـرة) قد يتحـول إلى عبء إضافي عليها، زيادة على ما تعانيه في الأصل من مشاكل. وفي وضع كهذا من الحكمة أن يعمل المختـص الإكلينيكي مع الطفل في البداية حتى يصبـح الآباء قادرين على التكيـف مع الأمر وتطبيق العلاج بأنفسـهم. فمن المحتمل أن يكون مصدر التوتر الرئيسي للأسرة هو سلوك ابنهم المضطرب والمعوّق لجهودهم، وبالتالي فإن جهود الاختصاصي الإكلينيكي ستخفض سلوك الطفل المضطرب ومن ثم تقلل من عوامل توتر تلك الأسر وتمهد لمشاركتها في التدريب.

الخلفية الثقافية للأسرة عامل آخر مؤثر في فعالية العلاج، فالثقافات المختلفة تختلف في تقييمها للمهارات، وبالتالي قد ترغب في التركيز على تعليم مهارات معينة. فبعض الثقافات مثلا تشجع وتحفز على الاستقلال المبكـر للطفل أكثر من غيرها، وهذا بـدوره يؤثر في العمر الذي نتوقع فيه من طفلة ما أن ترتدي ملابسـها بمفردها، أو تأكل دون مسـاعدة. وبالإضافة إلى ذلك فإن الأسـر تختلـف في تقبلها منهجا علاجيا معينا باختـلاف الثقافة التي تنتمي إليها، وهذا يؤثر فيما إذا كانت الأسـرة ستسـخدم ذلك المنهج من عدمه. قبل سـنوات عديدة، وفي ألمانيا، كنت أدرب أسـرة طفـل توحدي على وضع برنامج سـلوكي مخطط لتدريب طفلهـم. وأذكر أننـي أدركت منذ البداية أنني أمـام مهمة صعبة جدا. فعلى الرغم من أن الوالدين كانا لطيفين وشديدي الالتزام، فإنهما قاوما التدريب. فالأسلوب من وجهة نظرهم كان ميكانيكيا ويفتقر إلى التعاطف والاهتمـام بالاحتياجات الفردية. مع أن هذا المنهج هو بعينه الذي تبنته معظم الأسر التي عملت معهم في الولايات المتحدة الأمريكية.

ومما لا شـك فيه أن العوامل المرتبطة بالعـلاج غاية في الأهمية. ولقد عُرضت ونُوقشـت بعض تلك المتغيـرات: فمثلا النقـاط المتعلقة بـ «جرعة العـلاج» (المقصود بها درجة التركيـز أو التكثيف الضرورية للوصول إلى أقصـى فائدة ممكنة)، كذلك مدة العلاج (وهذا يعني النقطة التي يجب على المعالـج أن يتوقف عندها في حالة شـعوره بأن احتمـالات نجاح العلاج ضئيلة أو معدومة).

الاهتمـــام بالعوامـــل المرتبطـــة بالعلاج أمر ضـــروري حيث إن تلك العوامل مرتبطة بأنماط وأســـاليب ســـلوكية محـــددة. فقد تصلح بعض الأســـاليب العلاجية لســـلوك دون آخر. ففي الوقت الذي يرغب البعض في اســـتخدام منهـــج الدمج (التطبيع) في التعليـــم، فإن بعض الأنماط الســـلوكية لا يمكن التدريب عليها بهذا الأسلوب. ومن أمثلة ذلك تدريب الطفـــل على اســـتخدام الحمام، فكل من الأســـرة أو الطفل لن يختاروا هذا الأســـلوب للتدريب على تلك المهارة، فضلا عن أن تدعيمها بصورة مباشـــرة أمر صعب، وبالتالي فإن الأســـلوب الأمثل للتدريب عليها هو المنهج الســـلوكي المنظم وشـــديد الانضباط. وفي هذه الحالة فإن المنهج الأكثر انضباطا أكثر تأثيرا.

وســـيأتي اليوم الذي تتوافر فيه لدينا المعلومات الكافية التي تمكننا من وضع علاج فردي مناسب لكل طفل على حدة، وبالتالي زيادة احتمال استفادة الحالات من التدريب إلى أقصى حد ممكن.

إن البحث في كيفية وضع أســـاليب علاجيـــة تراعي الفروق الفردية مـــازال في بدايته، وهناك الكثير أمامنا لعمله. في دراســـة أجريتها مع ميشيل شيرر Michell Sherer أوضحنا كيفية تطبيق ذلك بالتركيز على العوامل المتغيرة المتعلقة بالطفل [15]. شاهدنا أفلام فيديو لأربعين طفلا، ثم طبق عليهم فيما بعد برنامج التدريب على الاســـتجابة المحورية PRT (برنامج التطبيع السلوكي الذي نوقش في الفصل السادس). عرفنا أيا من الأطفال حقق تطورا ملحوظا في العلاج، وأيهم حقق تحسنا طفيفا، أو لم يحقق تحسنا على الإطلاق. وعن طريق دراسة وتحليل تلك الأفلام استطعنا أن ندرك لاحقا الخصائص السلوكية التي تميز تلك المجموعات من الأطفال، أي الأطفال الذين استجابوا للعلاج والذين لم يستفيدوا.

وقد تبين مـــن مقارنة الأطفال الذين لم يســـتجيبوا للعلاج بالأطفال الذين استجابوا له بصورة جيدة، أن سلوكيات الأطفال الذين استجابوا للعلاج تميزت بالتالي: الاهتمام بالألعاب، والتقرب من الآخرين، ســـلوك تجنـــب الآخريـــن لديهم لم يكن واضحا (هناك احتمـــال أن ينظروا إلى الآخرين عينا لعين وأن يســـعوا إلى التواصـــل البدني معهم)، الجلوس

بجانب البالغين أو إعطاء لعبة لشخص آخر، زيادة في سلوك الاستثارة الذاتية اللفظية (مثـل التلفظ وإخراج بعض الأصوات)، وانخفاض في معدل الاسـتثارة الذاتية غير اللفظية (مثل الاهتزاز، والتلويح باليدين). التعرف على الخصائص السـلوكية المرتبطـة بالنتائج الإيجابية للعلاج وفق برنامج التطبيع السـلوكي. وكان علينا القيام بدراسة لاحقة للتأكد من تلك النتائج. أجرينـا تجربة على 6 أطفال جدد، ثلاثة منهم تطابقت خصائصهـم مع الأطفال الذين اسـتجابوا للعلاج بصـورة جيدة، أما الثلاثة الآخرون فقد تطابقت خصائصهم مع المجموعة التي لم تسـتجب للعـلاج بصورة واضحة. ثم تلقى الأطفال الـ 6 برنامجا تدريبيا مكثفا، وقيس مدى استجابتهم لذلك التدريب. وكانت النتائج متسقة مع ما تنبأنا به تماما، حيث إن الأطفال الثلاثة المشـابهين للمجموعة التي استجابت للعلاج أظهروا تحسنا فاق بكثير التحسن الذي حققته المجموعة المشابهة ممن لم يستجيبوا للعلاج بشكل جيد.

ومـن الجدير بالذكـر أنه تم اختيار مجموعتي أطفـال العينة بحيث تساوتا في كل الخصائص الأخرى مثل العمر، والقدرات اللغوية، ودرجة التخلـف العقلي، وذلك للتأكد مـن أن الاختلافات في النتائج ترجع إلى كون المجموعة التي لم تتجاوب أقل ذكاء وقدرة من المجموعة التي تجاوبت وتحسنت مع العلاج.

لقد ساعدت التجربة على استخلاص مجموعة من السمات الشخصية التي تمكننا من التنبؤ بالاستجابة للعلاج بالتدريب المكثف وبالتالي اتخاذ قرار بشأن استخدام العلاج من عدمه. وقد بينت الأبحاث التي تلت ذلك أن تلـك الخصائص التي توصـل إليها تصلح فقط للتنبؤ بالاسـتجابة واتخـاذ قرار بشـأن العـلاج بأسـلوب التدريب المكثف فقـط، وليس الأسـاليب الأخرى، مثل «التدريب المرحلي» وحيث إن أسـاليب العلاج السـلوكية في محل تقييم دائم فإن الأبحـاث الحالية والحديثة تحاول، وبشكل دقيق، تحديد السلوكيات التي يمكنها التنبؤ بالاستجابة أو عدم الاستجابة للعلاج وبالتالي تضمينها في المقياس الذي يوضع ليستخدم لهذا الهدف [16]. فهل سـينجح المقيـاس التنبئي هذا إذا كانت الألعاب

التي يستخدمها الطفل مختلفة عن الألعاب المتضمنة في المقياس؟، وهل سينجح المقياس إذا توافرت لدى الطفل كل الصفات التي توافرت للأطفال الذين استجابوا للعلاج باستثناء الاندماج في سلوك الاستثارة الذاتية غير اللفظي؟ إن الفكرة وراء هذه العملية هي دراسة كثير من الأنماط والخصائص السلوكية حتى نستطيع في النهاية أن نختار الخصائص السلوكية التي تستطيع التنبؤ باستجابة الطفل وبالتالي تساعدنا على اتخاذ قرار بشأن أسلوب العلاج المستخدم، وأن نفهم تلك السلوكيات فهما شاملا. ولكي نتصور مدى تعقيد واتساع هذه الوظيفة، يجب أن نضع في اعتبارنا أننا لا نحتاج فقط إلى التعرف على خصائص وسمات الطفل التي تمكننا من التنبؤ باستجابته للعلاج بل أيضا يجب أن نتعرف على نوع العلاج المناسب لذلك السلوك بالتحديد. وحيث إن الطفل يتغير مع الوقت فإن خصائصه السلوكية ستتغير أيضا. ومن ثم فلا بد لعملية التقييم من أن تكون مستمرة، ويترتب على ذلك حتمية تغيير العلاج ليكون فعالا.

فضلا عن الحاجة إلى البحث في كيفية وضع أساليب علاجية تراعي الفروق الفردية، علينا أن نفكر في أساليب علاجية تتناسب مع سلوكيات معينة. فمثلا، درست ميشيل سوليفان (Michell Sullivan) سلوك المصاداة المباشرة، وهي مشكلة لغوية تتمثل في قيام الطفل التوحدي بمحاكاة وتقليد ما قاله الآخرون بعد سماعه لهم مباشرة [17]. وكما هو معروف فإن المصاداة تعوق اكتساب الطفل للغة بشكل طبيعي، كما أنها تصم الطفل بسمة معينة. وفي الوقت الذي اتفق بعض الباحثين والإكلينيكيين على أن المصاداة هي أحد أشكال التواصل لدى الأطفال التوحديين (على الرغم من أنه أسلوب شاذ للتواصل)، ولكنهم لم يتفقوا على أي نوع من التواصل يمكن للمصاداة أن تكون. فقد افترض كانر في بداية الأمر أن المصاداة هي طريقة الطفل لقول «نعم» (أي التأكيد والموافقة بالتكرار). غير أننا نعلم الآن أن وظيفة المصاداة تختلف من طفل إلى آخر، وحتى بالنسبة إلى الطفل الواحد باختلاف المواقف أو الظروف [18]. حاولت سوليفان استخدام التحليل الوظيفي لتحديد وظائف

المصـــاداة لدى مجموعة مكونة من خمســـة أطفال توحديين، وذلك لوضع خطة علاج فردية اســتنادا إلى تلك الوظائف. فالمصاداة قد تكون وسيلة طفل ما لتجنب واجب مدرســـي صعب عليه، ولطفل آخر قد تكون وسيلة للحصـــول على انتباه الآخرين، وقد تكون طريقة طفل ثالث للحصول على شـــيء يرغب فيه، وهكذا. وقد وجدت سوليفان أنه يمكن خفض المصاداة لدرجة كبيـــرة أو حتى القضاء عليها بتطبيق نظام علاجي يركز على تلك الوظائف بشكل خاص. فالطفل الذي يمارس المصاداة ليتجنب الواجبات الصعبة والإلحاح علمته اســتجابة مناسبة تؤدي الوظيفة نفسها للطفل، وبالتالي فإن الطفل الذي كان يســعى إلى تجنب الوظيفة الصعبة يتعلم طلب المساعدة بالقول «هل تستطيع مساعدتي؟»، وهكذا استخدم الطفل الســلوك المناسب وهو «هل تستطيع مساعدتي؟» بدلا من المصاداة، وهو الأســلوب غير المناسب ليقول أو يعبر للمدرِّسة أو لغيرها عن أن الواجب كان صعبا. أما الطفل الذي كان يستخدم المصاداة للحصول على انتباه البالغين حوله، فيتعلم القول «هل يمكنك اللعب معي؟» مرة أخرى استُبدلت جملة مناسبة بالمصاداة. وتقول الباحثة إن علينا إدراك أن هذا الأسلوب العلاجي للمصاداة والذي يصمم على أســاس فردي ليناسب احتياجات كل طفل على حدة أكثر فاعلية وكفاءة من تطبيق أســلوب علاجي واحد على الجميع (كأن نُعلم كل الأطفال طلب المســاعدة بالقول «هل تستطيع مساعدتي؟») على الرغم من أنهم يختلفون في الهدف من المصاداة.

فالمنهج العلاجي ذو القياس الواحد لن يكون مفيدا إلا مع نسبة معينة من الأطفال.

بالإضافــة إلى ذلك فإن القرار الذي نتخذه بشــأن أي أســلوب علاجي نستخدم يجب أن يكون على أساس التقييم المستمر، مع أخذ التغيرات التي تطرأ على احتياجات الطفل في الاعتبار، فضلا عن العوامل العائلية والثقافية والمتغيرات المتعلقة بالعلاج والتي نوقشت سابقا. إن تصميم وتطبيق أسلوب علاجي يراعي الفروق الفردية يحتاج إلى ســنوات عديدة، ولكننا نحتاج إلى الوصول إلى مثل هذا الأســلوب حتى نســتطيع اتخاذ قرار سليم بشأن أي الأساليب العلاجية نستخدم مع طفل لكي يتجاوب معه بصورة جيدة.

مواضيع علاجية أخرى مازالت محلا للجدل

نظم الاتصال التعزيزية

موضــوع آخر أدى إلى احتدام الجدل في ميدان التوحد مرة أخرى وهــو تصميم واســتخدام الأســاليب العلاجية التي أُطلــق عليها نظم الاتصال التعزيزية. وأساليب تعزيز الاتصال هي برامج صُممت لإتاحة التواصــل للأفراد العاجزين عن التواصل لفظيا. وأكثر هذه الأســاليب انتشــارا هي «لغة الإشارة» ونظام التواصل بالصور (الرموز)، ويجري التدريب على استخدام كلا الأسلوبين بواسطة المنهج السلوكي. أما لغة الإشــارة فهي تتضمن اســتخدام الحركات اليدوية على مرأى الطرف الآخر، بينما يتضمن التواصل بالصور (الرموز) اســتخدام الصور أو أي مثيرات مجســمة أخرى على مرأى الطــرف الآخر للتعبير عن فكرة أو رغبة ما. (طُبقت نظم اتصال أخرى، مثل طباعة الرســائل عبر جهاز كمبيوتر ناطق، غير أنها لم تلق الانتشــار الذي عرفته لغة الإشــارة أو التواصل بالصور).

تعتبر لغة الإشــارة أسلوبا رئيسيا وشــائع الاستخدام في مجتمع الصم. ولغة الإشارة الأمريكية هي اللغة المستخدمة عادة. وتستخدم لغة الإشارة في علاج التوحد بتحفيز الطفل التوحدي وتدريبه على استخدام الإشارة للتعبير عن احتياجاته ورغباته أو أي معلومة أخرى يريد التعبير عنها. لقد كانت لغة الإشارة أول نظام من نظم تعزيز الاتصال استخدم مع الأفراد غير الناطقين ممن يعانون إعاقات وصعوبات نمائية. هذا وقد ذكر ســاندبيرغ أربعة أسباب تبرر اســتخدام لغة الإشارة مع المعاقين نمائيا والتدريب عليها [19]، أولا أن تعليم لغة الإشــارة أقل إحباطا من تعليــم الكلام (بالصوت)، حيث إن كثيرين ممن يعانون إعاقات نمائية لا يستطيعون السيطرة على أحبالهم الصوتية، ولكنهم يستطيعون بالتأكيد تقليد حــركات اليدين. وحيث إن التدريب على لغة الإشــارة يجري من خلال التقليد فمن الأســهل علــى المعاقين تعلمها. ثانيا، لغة الإشــارة اختيار أفضــل للتدريب والتعلم، حتى بالنســبة إلى مــن يجد صعوبة في التقليد، حيث إن تلقين لغة الإشــارة والحث عليها، أســهل من تلقين

الأصوات. ثالثا، تحتوي لغة الإشــارة على مثيرات (مجسمة) أي مرئية أكثــر من الكلام أو الأصوات، (فمثلا، الإشــارة إلى كلمة «أكل» تتطلب تقريــب اليد إلى الفم، وكأن الفرد يضــع الطعام في فمه)، أما الكلمات فنادرا ما تكون مجسدة أو مجسمة. رابعا وأخيرا، بما أن التدريب على لغة الإشــارة أسهل من التدريب على اســتخدام الكلام لعديد من فئات المعاقين، فإننا نســتطيع استخدام لغة الإشارة لتجنب أو تفادي التاريخ السلبي الذي عادة ما يميز محاولات الكلام التي يبذلها المعاقون. ومعنى ذلك، أن الأفراد الذين غالبا ما يفشلون في محاولات التواصل مع البيئة من حولهم بســبب اضطراب النطق لديهم، سيجدون في استخدام اللغة الناطقة مصدرا للإحباط والأذى.

لقد استُخدمت لغة الإشارة وبنجاح مع الأطفال التوحديين منذ ثلاثين عاما، وبالتالي توافرت كثير من الأبحاث والدراســات التي تصف كيفية التدريب على لغة الإشارة واستخدامها وتأثيرها وكذلك علاقتها بنظريات اللغــة [20]. لقد اتضحت صورة شــاملة عن كل من مســاوئ وفوائد أو محاســن اســتخدام لغة الإشــارة في تدريب التوحديين. أما الجوانب الإيجابية أو الفوائد فهي:

1 - لغة الإشارة ذات طبيعة حركية، وقد تبين أن التواصل بالحركة مرتبط وبشــكل إيجابي بالتواصل الصوتي لدى كل من الأطفال العاديين والتوحديين، كما أنها تمهد لنمو وتطور القدرة على الكلام.

2 - تساعد لغة الإشارة الفرد على التواصل بصورة التبادل أي الأخذ والعطاء، بينما لا تسمح النظم التعزيزية الأخرى بذلك.

3 - تبــدو لغة الإشــارة طبيعية للكثيرين، بعكــس التواصل بالرموز (باســتخدام الصور) والتي تبدو غريبة، وبالتالي تلصق الوصمة على من يستخدمها.

4 - استخدام لغة الإشــارة لا يتطلب مثيرا خارجيا (كالصور مثلا). كما أن الفرد لا يمكنه أن يفقد الإشارات أو ينساها في المنزل، مثلا، كما يحدث عندما ينسى أو يفقد الصور، وهكذا فإن الإنسان الذي يستخدم لغة الإشارة للتواصل لن يفقد تلك القدرة يوما ما.

ومع ذلك فقد حُددت بعض النقاط السلبية لاستخدام لغة الإشارة:

1 - يجد الأطفال التوحديون صعوبة في تعلم لغة الإشارة، وذلك بسبب صعوبات التقليد والانتباه التي يعانونها، وبالتالي سيكونون من دون وسيلة للتواصل في الفترة التي تسبق تعلم لغة الإشارة.

2 - لا يستطيع الفرد استخدام لغة الإشارة إلا مع فرد آخر ملم بها، (وفي الواقع فإن هذا هو التبرير الذي استخدمه المعارضون لاستعمال لغة الإشارة والذين اقترحوا أنه من الأفضل تدريب الأطفال الصم على النطق بدلا من لغة الإشارة). فضلا عن ذلك فإن الطفل التوحدي الذي يستخدم لغة الإشارة في البيئة الطبيعية محاولا التواصل مع أفراد لا يتقنون لغة الإشارة لن يجد تجاوبا مع سلوكه الهادف، وبالتالي فسوف يتوقف عن المحاولة. أما مؤيدو استخدام الرموز (تبادل الصور) فقد استندوا إلى ذلك لتبرير تأييدهم، حيث إن كل أفراد المجتمع يستطيعون التعرف على الصور وبالتالي إدراك ما يرغب الطفل في التعبير عنه. فلو أن طفلة توحدية ذهبت إلى مطعم «ماكدونالد» مثلا وطلبت وجبة همبورغر عن طريق لغة الإشارة، فإن احتمال حصولها على ما تريد سيكون ضئيلا؛ فقد لا يجيد الموظف لغة الإشارة. ولكن إذا أعطت الطفلة الموظف صورة الهمبورغر أو وضعت إصبعها على صورة له، فإن احتمال حصولها على ما تريد سيزداد بصورة كبيرة جدا.

إن نظام التواصل عن طريق الصور عادة ما يتضمن أمثلة مجسمة للكلمات والتي يريد الفرد أن يوصلها إلى الطرف الآخر. ويمكن تطبيق هذا الأسلوب بأن يصطحب الفرد معه، ما يسمى بـ «لوحة التواصل» التي تعرض الصور أو المجسمات التي تمثل أو تعبر عن الكلمات، حيث يشير الطفل إلى الصور التي تعبر عما يريد قوله. أما بالنسبة إلى الأطفال التوحديين فإن أكثر أساليب الصور المستخدمة معهم هي نظام التواصل بتبادل الصور [21] PECS ويستخدم نظام الاتصال بتبادل الصور والرموز المجسمة (على بطاقات صغيرة) تمثل الأشياء والأفعال

والضمائــر وغيرها، والتي يعطيها الفرد للطــرف الآخر. ويختار الفرد وفق هذا الأسلوب ما يرغب في التعبير عنه من كتاب يحوي عددا كبيرا جدا من البطاقات التي تحمل مجســمات للأشــياء بالضمائر وغيرها. وبعد أن يختار الفرد بطاقة واحدة أو مجموعة من البطاقات (أي سلسلة من الصور تمثل جملة)، يقدم البطاقات إلى شــريكه في التواصل، وذلك لإعطاء معلومات معينة.

هناك عديد من الجوانب الإيجابية المرتبطة بـأسلوب التواصل بتبادل الصور (PECS) والتي أُثبتت مثل:

1 - أنه لا يشترط توافر مهارات مسبقة لدى الفرد مثل الانتباه والتقليد (مثــال ذلك أنه لا يتطلب التواصــل البصري) وهذه المتطلبات لو وجدت فســتؤدي إلى مشــكلة للتوحديين، كمــا تحتاج إلى جهد ووقــت كبيرين. وبما أن التواصل (بأســلوب تبــادل الصور) لا يتطلب سوى أن يقدم الإنسان رموزا مجسدة لشخص آخر، فإنه ليــس من الضروري للتوحدي أن تكون لديه مهارات مثل الانتباه والتقليد والتحديد بالإشارة أو مهارات المطابقة.

2 - الميــزة الأخرى أن نظام الاتصال بتبادل الصور يجنبنا مشــاكل توافر الدافع للوصول إلى المساندة الاجتماعية. معظم نظم التعزيز الأخــرى تنطوي على تعليم الأســماء أو الألقاب وغير ذلك كأول وظيفيــة لغوية، وهذا بــدوره يعني انتباهــا اجتماعيا، حيث إن الأطفــال التوحديين ليس لديهم دافع للحصول على هذا الانتباه، فإن (أسلوب تبادل الصور) يتميز بأن وظيفته اللغوية هي التعليم والتدريب على ســلوك طلب أشــياء تمثل تدعيما عمليا وملموسا للطفل التوحــدي. وهكذا يتعلم الطفل أن يعطي شــخصا بالغا صورة لقطعة بسكويت للحصول عليها قبل أن نطلب منه أن يتلفظ باسم «بسكويت».

3 - يكــون التعليم في نظام التبادل بالصور بصورة مباشــرة، كما يُعلم الطفل المبادرة، وبالتالي فإن التلقائية تُحفز منذ البداية، على العكس من ذلك فإن نظم التعزيز الأخرى مثل لغة الإشــارة عادة

تبدأ بتعليم الاستجابة لأسئلة محددة (أي الطفل هنا لا يبادر ولكن يستجيب لمبادرة الآخرين)، كأن يستجيب لسؤال «ما هذا؟» أو أن يتجاوب مع أوامر محددة مثل «أريدك أن تشير إلى الكلب». ويمكننا أن ندرك أهمية ذلك إذا علمنا أن التوحديين يفتقرون إلى المبادرة والتلقائية، والتي هي أحد أعراض اضطرابهم.

4 – نظام التواصل بتبادل الصور يشجع المبادرة الاجتماعية، وذلك بأنه يطلب من الطفل أن يتصرف في نطاق اجتماعي، وهذا أمر ذو أهمية خاصة للتوحديين.

5 – التعلم بواسطة «PECS» أسرع من التعلم بلغة الإشارة، وقد يرجع ذلك إلى اعتماده على المثيرات البصرية، ومن المعروف عن الأطفال التوحديين «أنهم يتعلمون عن طريق حاسة البصر» بصورة أفضل من الحواس الأخرى.

6 – يستطيع المعلمون والآباء أن يتدربوا على استخدام نظام تبادل الصور بسهولة، لأن الصور تمثل مثيرات مجسدة.

7 – قد يجد الأطفال ممن لديهم إعاقات حركية أن نظام الاتصال بتبادل الصور أسهل من لغة الإشارة.

مع ذلك فقد تم تحديد بعض الجوانب السلبية لنظام الاتصال بتبادل الصور PECS مثل:

1 – يجادل البعض بأن نظام PECS ليس نظاما لغويا كما هي الحال في لغة الإشارة، وذلك لأن الاستجابة السلوكية (وهي إعطاء صورة) هي نفسها دائما وفي كل حالات التواصل (أي الحركة نفسها والفعل نفسه).

2 – لا يمكن استخدام نظام التبادل بالصور بالسرعة المعتادة للحوار بين اثنين.

3 – إذا فقد الطفل أو نسي بعض أو كل بطاقاته فلن يستطيع التواصل، والبطاقات قابلة للفقد أو النسيان.

4 – استخدام منهج التواصل بتبادل الصور يلصق وصمة بالفرد أكثر من لغة الإشارة.

وهكذا نرى أنه فـــي الوقت الذي اتضح فيه أن هذه النظم التعزيزية تســـتطيع فعلا تحقيق الأهداف منها في تمكـــين الأفراد التوحديين من التواصـــل، فإن اســـتخدامها في مجـــال التوحد هو مثـــار جدل. ومن المواضيع الرئيســـية أيضا هو ما إذا كان يجـــب علينا تعليم التوحديين التواصل باســـتخدام هذه النظم، والموضوع الآخر المطروح للنقاش هو الأهمية النسبية لهذين الأسلوبين المختلفين ومدى فاعليتهما.

أما بالنسبة إلى الموضوع الأول، فإن الجدل يتركز بشأن ما إذا كان تعلم أســـلوب من أســـاليب التعزيز يتعارض مع أو يعيق اكتساب اللغة المحكية، فهناك من يخشـــى أن تعلم الطفل التوحدي التواصل من خلال نظم التعزيز وهي نظم غير لفظية سيؤدي إلى اكتفاء الطفل باستخدامها للتواصل وسوف يفقده الدافع ليتعلم الكلام أو اللغة المحكية. وفي الواقع فإن لهذه النقطة أهمية خاصة عندما يكون الطفل صغيرا جدا في العمر، والســـؤال: هل سيفقد الطفل القدرة على تعلم الكلام إذا تعلم استخدام أحد النظم التعزيزية مثل لغة الإشارة أو الاتصال بتبادل الصور؟ والتي تعنـــي أن العلاج الـــذي يتلقاه الطفل في الصغر قد يقـــود إلى تغيرات حقيقيـــة في الدماغ. وكيف يمكننا أن نســـتخدم هذه الخاصية كفرصة للتأثير والحصـــول على تغيرات دائمة وإيجابية فـــي بناء دماغ الطفل؟ فعندمـــا يكبر الطفل وتفشـــل كل المحاولات لتعليمـــه اللغة المحكية، فإن الاحتمال الأكبر هو اللجوء إلى تطبيق اســـتخدام أســـاليب التعزيز مثل لغة الإشارة أو تبادل الصور. غير أن البعض يقول إن الطفل عندما يكبر ســـيواجه صعوبات أكثر في تعلم أسلوب جديد للتواصل، وقد تنشأ لديه مشاكل سلوكية جدية بسبب الإحباط كنتيجة للعجز عن التواصل. وهكذا فـــإن الآباء يقعون في حيرة، فهل يعلمون الطفل لغة الإشـــارة مثلا، مع وجود خطورة تعارض ذلك مع تعلم اللغة المحكية؟ أم هل يصبرون حتى يكبر الطفل ليتعلم اللغة المحكية وهو أمر قد لا يتحقق، ونكون قد ضيعنا فرصـــة التدخل المبكر وإحداث تغير فعلي وإيجابي في دماغ الطفل وهو صغير، خصوصا أن الأبحاث والدرســـات لم تعط توصيات ورأيا كافيا في هذا الخصوص.

لقد اختلفت نتائج الدراسـات والأبحاث في الإجابة عن التسـاؤلات بشـأن ما إذا كان تعلم لغة الإشارة وغيرها من أساليب التعزيز يسهل ويسـاعد، أو يعيق تعلم وتطور اللغة المحكية. ويعتقد مساندو استخدام نظم التعزيز ومنها لغة الإشـارة أنها لا تعيق أو تؤخر تعلم وتطور اللغة المحكيـة بل تعمل على التمهيـد لها وتحفيزها، وقد اسـتندوا في ذلك إلى كثير من الدراسـات [22]. إن الاختلافات فـي نتائج الأبحاث بهذا الخصـوص ترجع إلى تعدد مسـتويات التوحد واختلاف الأعراض بين التوحديين أنفسهم وليس إلى استخدام أسلوب بعينه.

إن القضيـة الثانية وهي: أي من الأسـلوبين أفضل وأكثر فائدة في علاج وتدريب التوحديين، تبادل الصور، أم لغة الإشـارة؟ وللإجابة عن هذا السؤال نقول إن كلا النظامين له مساوئه ومحاسنه، وإن القرار عن أيهما نستخدم يعتمد على قدرات ومهارات المدرسين، كذلك على اختيار وتفضيل الوالدين. والأمر هنا ينطوي على إشـكالية، فاختيار الأسلوب العلاجـي هنا يعتمد على توافر الأسـلوب أو تفضيل الآباء، أو على ما هو معروف وشـائع في مكان وزمان محددين، وليس على مدى ملاءمته للطفل. وهذا في الواقع أمر شائع في كل أنواع وأساليب العلاج.

ومن المثير للاهتمام أن المقارنة بين أسلوب لغة الإشارة وتبادل الصور لم تكن إلا بعد مرور سـنوات عدة من دراسة وبحث هذين الأسلوبين. وأُجريت الدراسة الأولى والتي هدفت إلى المقارنة بين الأسلوبين بشكل مباشر وكفاءتهما في تدريب الأطفال التوحديين من قبل إيمي أندرسـون (Aimee Anderson) والتي دربت سـتة أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين 2 و4 سنوات، على اسـتخدام لغة الإشارة وأسـلوب تبادل الصور لطلب شيء محبب لهم مثل الطعـام أو لعبة معينة [23]. ولقد كان لتلك الدراسـة هدفان رئيسـيان هما التعرف على الفروق بين أداء الأطفال في لغة الإشـارة أو تبادل الصور في سرعة الاكتساب والتعلم، التلقائية والمبادرة في استخدام أسلوب التواصل، المحافظة على المهارة المكتسـبة، التعميـم، التواصل البصري، القدرة على الكلام وإخـراج الأصوات، بالإضافة إلى التعـرف على وتحديد خصائص الطفل السلوكية المرتبطة بالأداء على هذين الأسلوبين.

فيما يتعلق بالهدف الأول فقد توصل إلى نتائج عدة هي:

1 – إن نظام التواصل باستخدام الرموز المجسمة جرى تعلمه بصورة أسرع من لغة الإشارة.

2 – على الرغم من أن التعلم بالرموز المجسمة كان أسرع وأسهل من استخدام لغة الإشارة بالنسبة إلى جميع الأطفال، فإنه عند تخييرهم بين الأسلوبين فضل نصفهم استخدام لغة الإشارة وفضل النصف الآخر استخدام نظام (تبادل الصور).

3 – أثبت نظام التواصل عن طريق تبادل الصور نجاحا مع مستويات ومجموعات أوسع من الأطفال التوحديين، كذلك كان الأطفال الذين تدربوا على هذا الأسلوب أكثر قدرة على التعميم والمبادرة بالتعبير عن شيء يرغبون في الحصول عليه. غير أن الأطفال الذين تدربوا على لغة الإشارة تفوقوا على المجموعة الأخرى في المحاكاة والتقليد الاجتماعي والتواصل البصري واستخدام الألفاظ.

أما فيما يتعلق بخصائص وسمات الأطفال المرتبطة بالاستفادة من الأسلوبين، فقد بينت الدراسة أن الأطفال الأقدر على الانتباه المشترك للطلب (المقصود به جذب الانتباه للحصول على شيء) تعلموا أسلوب التواصل بتبادل الصور أسرع، بينما فضل الأطفال الذين لديهم قدرة على الانتباه المشترك بهدف الإشارة لغة الإشارة على تبادل الصور، كما ارتبطت القدرة على إخراج الأصوات والكلمات بعد العلاج بقدرة الفرد على التقليد ومستوى اللغة لديه قبل العلاج. وعلى الرغم من أن هذه الدراسة وجدت أن هناك احتمالا أكبر لارتباط التدريب على لغة الإشارة والقدرة على نطق الكلمات بعد العلاج، فإننا لا نستطيع أن نستنتج وبكل ثقة أن التدريب بلغة الإشارة يتفوق على تبادل الصور في تنمية القدرة اللغوية، ذلك لأن مستوى الرموز والصور المستخدم في التدريب بواسطة تبادل الصور والرموز الجسمية أقل من مستوى تلك المرتبطة بالقدرات اللغوية.

والسؤال هنا هو: ماذا نستنتج من دراسة كهذه؟ للإجابة عن هذا السؤال نقول إنها خطوة أولى من عملية طويلة تمهد لاستخدام هذه الأساليب (لغة الإشارة أو تبادل الصور والرموز) كأساليب تعزيزية

في علاج التوحد. في الوقت الذي تحتاج فيه هذه الدراسة إلى الإعادة باستخدام عينة أخرى من الأطفال في أعمار مختلفة، وغير ذلك من متغيرات، غير أنها تعد نقطة انطلاق لتلك الأبحاث، كمثال على ذلك النوع من الدراسات والأبحاث التي تقود إلى أساليب علاجية أكثر نجاحا وفاعلية. لقد أثبتت هذه الدراسة أن التدريب على الأساليب التعزيزية مثل لغة الإشارة والرموز لا يعيق أو يؤثر سلبا على تعلم اللغة المحكية وهو أمر في غاية الأهمية (هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث في هذا المجال). كما أثبتت أنه يمكن التنبؤ بالطرق والأساليب المختلفة لاكتساب اللغة استنادا إلى سمات وخصائص الطفل (المتدرب). وهكذا فإن القرار بشأن أي أسلوب للتدريب على التواصل يمكن استخدامه يجب أن يستند إلى نتائج الدراسات والأبحاث العلمية. مرة أخرى يمكن القول إنه لا يوجد علاج واحد يناسب الجميع، وعلينا أن ندرس ونتعرف على خصائص الطفل وقدراته وأن نضع في اعتبارنا الفروق الفردية قبل أن نتخذ القرار بشأن أي نوع من التدريب نستخدم.

ما موقفنا الآن؟

نستطيع أن نستخلص من كل ما سبق أن أي محاولة لتحديد «أفضل» الأساليب العلاجية للتوحد هي في نهاية الأمر غير مجدية؛ فالعلاج يجب أن يصمم على أساس فردي، بأن يكون لكل طفل العلاج الذي يلائمه هو (أي مراعاة الفروق الفردية). وأن القرار بشأن نوع العلاج يجب ألا يستند فقط إلى ما يتقنه ويعرفه المعالجون أو المدرسون. أو ما يرغب فيه الإكلينيكيون، أو ما يريده الآباء، أو على آخر البدع أو الصيحات.

لكن السر أو الحل هنا هو المرونة. فالمدرسة أو البرنامج العلاجي الفعال والجيد يجب أن يقدم عدة أساليب واختيارات علاجية، وأن يستخدمها بمرونة كما تتطلبه أو تقتضيه حاجات الطفل والعائلة.

كذلك يمكن القول إن لدينا فرصة ذهبية للتدخل في الطفولة المبكرة للطفل التوحدي، وعلينا أن نستغل هذه الفرصة بحكمة. ومن المهم جدا أن نقرر ونحدد أفضل الأساليب العلاجية لطفل ما منذ البداية حتى لا نضيع الوقت والجهد في علاج غير فعال أو مفيد.

من الواضح والطبيعي أن موضوعا مهما مثل علاج التوحد سيستمر موضوعا للجدل والنقاش والادعاءات والنتائج المتناقضة، ومن ثم سيستدعي مزيدا من الدراسة والبحث، وهي أمور جيدة لأسباب عدة، فهي تبقي المجال في حالة حراك ونشاط علمي وتدفعه إلى التقدم. ومن هنا وحتى نستطيع فهم أسباب التوحد وأعراضه ومراحله كذلك لنتوصل إلى علاج «شافٍ» له، فإننا سنستمر وبلا شك في هذه الطريق المتعرجة.



10

تعليم الأطفال التوحديين

- لقد قامت سياسة دمج الأطفال التوحديين على الفلسفة التي تقول إن لكل الأطفال الحق في التعليم والانتماء إلى المجتمع والمدارس العامة.

(جيكوب أ. بوراك، ورودا روت، وإدوارد زيغلر. من كتاب «التوحد والاضطرابات النمائية المنتشرة»، 1997)

- الدمج الكامل والتطبيع هي كلمات إيجابية. كما أنها تبدو أفضل بكثير من القول إن المنطقة التعليمية تستطيع توفير بعض المال، وذلك بحرمان طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة من مساعدة أو رعاية يحتاج إليها، كي يتغلب على صعوبات التعلم التي يعانيها.

(براينا سيغل. من كتاب «عالم الطفل التوحدي»، 1996)

«إذا كان الدمج الكلي فعالا، فإن هذا أمر رائع. أما إذا لم يتحقق ذلك، فعلينا البحث عن سبل لتطويره وجعله أكثر فعالية»

المؤلفة

- بسبب الطبيعة والبداية الفلسفية لهذا الجدل، كذلك ندرة الأبحاث والأدلة العلمية التي تؤيد بشكل واضح جانبا دون آخر، فإن النقاش حول الدمج الكامل سيستمر وبشدة في المستقبل.

(جوشوا ك. هارور. من «مجلة التدخلات السلوكية الإيجابية» 1999)

إن وضع نظام وأسلوب تعليمي للأطفال التوحديين ما هو إلا جزء من المعركة التربوية. ففي الوقت الذي يعتقد فيه البعض أن المنزل هو المكان التربوي المناسب لبداية تعليم الطفل التوحدي (خصوصا إذا كان صغيرا جدا، وكان والداه مدربين على العلاج)، تبقى الحقيقة الواضحة أن معظم أنشطة الطفل التربوية تحدث داخل الفصل الدراسي. ولسوء الحظ، فإن تاريخ تعليم الأطفال التوحديين في الفصول الدراسية أمر لا يدعو إلى الفخر. وعندما بدأتُ العمل مع الأطفال التوحديين في الستينيات من القرن الماضي في كاليفورنيا، كانت المدارس التي تقبل هؤلاء الأطفال قليلة جدا. وعلى الرغم من أن قانون التعليم الإلزامي ينص على حق الأطفال المتخلفين عقليا أو الذين يعانون إعاقات فسيولوجية وحركية وغيرها من حالات الإعاقة في التعليم في المدارس الحكومية والعامة، فإن الأطفال التوحديين لم يعتبروا من فئة المعاقين عقليا أو فسيولوجيا. وهكذا وجد آباء الأطفال التوحديين أنفسهم مضطرين إلى تعليم أطفالهم التوحديين على نفقتهم الشخصية في مدارس القطاع الخاص. وفضلا عن أن كثيرا من تلك البرامج لم تكن مفيدة أو فعالة فإن كثيرا من الأسر لم تستطع تحمل الأعباء المالية لتلك المدارس. ولم تكن مشاركة الأهل في التعليم والتدريب معروفة في ذلك الوقت، وبالتالي فإن هؤلاء الآباء لم يكونوا مدربين بشكل جيد لتعليم أبنائهم أو إدارتهم على الأقل.

وكنتيجة للافتقار إلى البرامج المتخصصة، وللنقص في تدريب الآباء، وجدت الأسر نفسها في النهاية مضطرة إلى وضع أبنائها في المؤسسات الإيوائية، التي تحتوي على مرافق ضخمة. وعلى الرغم من أن ذلك حدث في الأغلب للتوحديين الأكبر سنا، إذ يصعب على الأسر التعامل معهم، فإن ذلك لم يمنع من أن نرى الأطفال التوحديين في أجنحة المرضى العقليين

فـــي ذلك الوقت. لقد كانت رؤية أطفال لا تتجاوز أعمارهم أربع أو خمس ســـنوات داخل تلك المعاهد من دون أمل في مستقبل خارجها محزنة جدا، فما بالك بمشاعر الآباء الذين كان عليهم وضع أبنائهم فيها.

كما ذُكر في الفصول السابقة من هذا الكتاب، كان لجهود الآباء الفضل في تغيير ذلك الوضع. حيث قادوا حركة المطالبة بتخصيص برامج تربوية للأطفـــال التوحديـــين وجعلها أمـــرا إلزاميا. كما خاطبوا المســـؤولين في المناطق التعليمية مطالبين بحق أبنائهم في التعليم وبتوفير فصول دراسية ملائمـــة لهم. بالإضافة إلـــى إقامة الحملات القضائيـــة في جميع أنحاء البـــلاد. وأصبح تعبير «علموا الأطفال التوحديين» شـــعارا لهم؛ وأصبحت هذه الجملة تشـــاهَد في كل مكان مثل الشـــبابيك والملصقات والقمصان القطنية. وكان من ثمرة تلك الجهود أن وضعت بعض الولايات، ثم الحكومة الفدرالية بعد ذلك (في سنة 1975)، قانونا يفرض توفير التعليم المناسب للأطفال التوحديين وغيرهم من الأطفال المعاقين.

كان تخصيص فصول للأطفال التوحديين انتصارا مهما، ولسوء الحظ لـــم يواكب هـــذا الانتصارَ تغيرٌّ جـــذري داخل تلك الفصـــول أو في منهج وأسلوب التعليم، إلا بعد مرور ســـنوات عديدة. ففي الوقت الذي توافرت فيه الفصول الدراسية لتعليم التوحديين، كانت قدرة التربويين والمسؤولين على توفير برامج تعليمية وتربوية في مراحلها الأولى، إذ إن تقنيات التعليم كانت متأخرة كثيرا عن التقدم الذي حدث في الناحية الإدارية.

وعلى الرغم من النوايا الحسنة للمدرسين في الفصول المخصصة للتوحديين، فإن المشـــكلة تمثلت في عدم وصول المناهج وأساليب التكنولوجيا التي وضعت فـــي العيادات والمختبرات إلى تلك الفصول. ومـــع مرور الوقت، وُضع كثير من التقنيـــات التعليمية التي صممت لتناســـب احتياجات الأطفال التوحديين، وتم تبنيها وتطبيقها من قبل المدارس العامة تدريجيا. ولقد حوت الفصول السابقة من هذا الكتاب شرحا وافيا لبعض تلك التقنيات والأساليب.

تغيرات مهمة حدثت في الخمس عشـــرة ســـنة الأخيرة، ففي العام 1987 نشر لوفاس نتائج دراسته، وذكر أن 50% من أطفال العينة التي استخدمها في بحثه وصلوا إلى مســـتوى طبيعي من القدرات الوظيفية عندما دربوا بأســـلوب

«التدريب المرحلي» DTT في سن مبكرة. لقد كان هذا الأسلوب الذي جاء وصفه في الفصول السابقة من هذا الكتاب مكلفا ومكثفا؛ فقد شدد لوفاس على تدريب الطفل/ الطفلة مدة أربعين ساعة أسبوعيا حتى يكون العلاج فعالا. ومن الطبيعي والمتوقع أيضا أن يتحمس الآباء لأسلوب «التدريب المرحلي» ويطالبوا بتطبيقه في المدارس، أو بدعم مادي لتطبيقه في منازلهم. (من المثير للاهتمام أن آباء الأطفال الأكبر سنا طالبوا بتطبيق هذا البرنامج على أبنائهم أيضا، على الرغم من أنه مصمم ليناسب الأطفال الصغار السن).

رفضت كثير من المدارس توفير تلك البرامج العلاجية لأطفالها، ليس لأنها باهظة التكاليف فقط (حيث تبلغ تكلفة الطفل الواحد 50 ألف دولار سنويا)، بل لأن تلك الأساليب لم تكن مصممة لتناسب احتياجات الطفل، وبالتالي قد لا تكون مناسبة له. مرة أخرى نشط الآباء للمطالبة بحقوق أطفالهم ولجأوا إلى المحاكم مدعين أن حق أبنائهم في الحصول على التعليم المناسب تم إنكاره. وقد استندوا في حملتهم تلك إلى ما قدمه لوفاس من أدلة على كفاءة وفعالية العلاج المكثف الذي جاء به، في الوقت الذي لم تملك فيه المدارس أي أدلة على أن برامجها التعليمية فعالة في التعامل مع تلك الفئة من الأطفال، وبالتالي خسرت المدارس تلك القضايا. وقد أدى ذلك إلى استنزاف كثير من المدارس ماديا لتقديم الخدمات المكثفة للتوحديين. كل هذه الأسباب مجتمعة دفعت كثيرا من المدارس الحكومية إلى وضع برامج متطورة للأطفال التوحديين، حتى تتمكن من الدفاع عن نفسها أمام القضايا المرفوعة ضدها، وقامت تلك المدارس بتحسين وتطوير برامجها، وذلك بتطبيق برامج ومناهج وأساليب علاجية مستندة إلى أبحاث ودراسات علمية، ووضع أساليب تقييم موضوعية لإثبات كفاءة وتأثير طريقتهم في التدريس. هكذا نرى أن إحدى النتائج الإيجابية لدراسة لوفاس ودعوته إلى التدخل المبكر كانت العمل على وضع برامج وفصول فعالة للتوحديين. وفي الواقع لقد كسبت كثير من المدارس القضايا المرفوعة ضدها. وبشكل عام فقد كان في ذلك ربح للطرفين. فالتوحديون وعائلاتهم حصلوا على مدارس ومناهج أفضل، كما أن المدارس لم تعد مجبرة على دفع مبالغ طائلة لتقديم الخدمة المكثفة للأطفال في المنزل.

ولكن يبـدو أن معركة أكبر تلوح في الأفق بشـأن إيصـال المعلومات إلى الأطفال التوحديين في تلك الفصول المدرسية، واتفق الجميع بالطبع على ضرورة تعليم الأطفال التوحديين في المدارس العامة، بيد أن الجدل يدور حول قضية أساسية: أيهما أفضل، دمج هؤلاء الأطفال في الفصول العاديـة مع الأطفـال العاديين، أم وضعهم في فصـول خاصة مع أطفال مصابـين بإعاقات مختلفة بما فيها التوحـد؟ إن هذا بدوره قرار صعب؛ فالاختيـار الأفضـل للفصل الدراسـي يجب أن يوازن بـين الحق المدني الأساسـي للطفل التوحدي بأن يدمج فـي المجتمع دمجا كاملا، وحاجته الفرديـة إلى الحصول على تعليم مناسـب لقدراته. وكلا الاتجاهين يجد من يؤيده ويدافع عنه بقوة.

يتضمن الجدل والنقاش الدائر حول تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة بمن فيهم التوحديون، كثيرا من المفاهيم. فمفهوم التطبيع (mainstreaming)، يعنـي وضع طفل مـن ذوي الاحتياجات الخاصة في الفصول الدراسـية العامة، أي فصول غيـر مخصصة للمعاقين. وفي هذه الحالة فإن الطفل المعـاق يقضي جـزءا من اليوم الدراسـي مـع الأطفال العاديـين، بينما يقضـي بقية المدة في فصول خاصـة بالمعاقين خارج الفصول العادية، مع اختصاصي النطق، واختصاصي العـلاج بالعمل، وغيرهما من المختصين (أي أن الطفل المعاق يُسـحب من الفصل العادي ويوضع في الفصل المعد للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة). وهناك مفهوم آخر وهو: التطبيع العكسـي (Reverse mainstreaming)، وهـو يعنـي أن يقضي الأطفال الطبيعيون بعضا من الوقت في فصل معد ومجهز خصيصا للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. أما مفهوم الدمج الكلي (Full Inclusion)، فهو يعني أن الطفل المعاق يقضي طوال اليوم الدراسـي في فصل الأطفال العاديين، وقـد يكون هو الطفـل الوحيد من ذوي الاحتياجـات الخاصة بين أولئك الأطفـال. وغالبا ما يتضمن هذا مزيدا من الخدمات التعزيزية مثل علاج النطق والعلاج الطبيعي واسـتخدام مسـاعد لمعاونة الطفل على المشاركة في أنشطة الفصل والتكيف مع الواجبات الفردية والجماعية داخل الفصل الدراسي، واستخدام بعض الوسائل المعينة مثل الآلة الحاسبة.

الدمج الكلي بين مؤيد ومعارض

هناك ثلاث وجهات نظر رئيسية بشأن الدمج الكامل للأطفال المعاقين، بمن فيهم التوحديون، في الفصول العادية مع الأطفال الطبيعيين. وكل من وجهات النظر المذكورة مقنع. وجهة النظر الأولى تستند إلى فلسفة الحقوق المدنية للفرد، وفحواها أنه لا يجوز إنكار حق أي إنسان في الاندماج في المجتمع العام بسبب إعاقته. أما وجهة النظر الثانية: فتستند إلى فكرة أن دمج الطفل التوحدي مع الأطفال العاديين سيؤدي إلى تطور في قدرات الطفل التوحدي الاجتماعية. أما وجهة النظر الثالثة فتنبع من الاقتناع بأن الدمج الكامل سيؤدي إلى تنمية القدرات الأكاديمية للطفل التوحدي.

وجهة النظر القائمة على مبدأ الحقوق المدنية

تشير وجهة النظر هذه إلى أن لكل الأطفال الحق في أن يتلقوا التعليم مع أقرانهم. وأن لهم الحق في التعلم والمشاركة في المدارس والحياة العامة. وترجع هذه الرؤية الفلسفية إلى حركة الحقوق المدنية منذ الخمسينيات حتى السبعينيات من القرن الماضي والتي أكدت ونادت بحقوق الإنسان في مختلف المجالات، بصرف النظر عن الجنس أو العرق، أو الإعاقة. وقد توجت هذه الحركة بالموافقة على التشريع الفصلي رقم 142- 94 PL والذي كان نقطة فارقة في هذا المجال (قانون تعليم المعاقين 1975)، حيث يؤكد حق كل فرد في تلقي العلم في أفضل الظروف البيئية الممكنة.

كما أكد هذا التشريع مبدأ التطبيع الذي بدوره يشير إلى أن لكل إنسان الحق في أن يعيش حياة طبيعية كلما أمكن ذلك. وقد روجع هذا التشريع في العام 1990 واستُبدل بتشريع جديد 476 - 101 PL وهو المعروف بقانون تعليم الأفراد المعاقين (IDEA) (*). هذه القوانين مجتمعة تُقر حق كل طفل في تلقي تعليم حكومي مجاني ومناسب لقدراته وإمكاناته؛ وأن لكل طفل الحق في خطة تعليم فردي تلائم احتياجاته؛ وأن لكل طفل الحق في أن يتلقى التعليم في بيئة مبسطة وملائمة بأكبر قدر ممكن. وفضلا عن ذلك فقد أشار ذلك التشريع إلى أن حقوق الطفل محمية بالقانون

(*) Individuals with Disabilities Education Act.

وأنــه يحق لآباء هؤلاء الأطفال المشــاركة في صنع القرارات بشــأن تعليم أطفالهم. وبالتالي فإن وجهة النظر التي تنادي بالدمج الكامل تســتند إلى مبادئ أخلاقية تنادي بحماية الحقوق المدنية لذوي الإعاقة، وتساوي بينهم وبين غيرهم.

وبالطبع لا توجد معارضة لمبدأ الحقوق المدنية لهؤلاء الأطفال. بل إن معارضي الدمج الكامل يعتقدون أنه في الوقت الذي يبدو فيه هذا المفهوم مناســبا من الناحية الفلسفية، فإنه ليس كذلك من الناحيتين العملية والتطبيقية. وبالإضافة إلى ذلك فإن استفادة الأطفال المتوقعة مــن الدمج الكامــل لا تتحقق في كثير من الأحيــان، وقد يكون لذلك تأثير ســلبي في المدرسين وغيرهم من العاملين مع الطفل [1]. ويبرر المعارضون لمبــدأ الدمج الكامل موقفهم بالاختلافات الكبيرة والفروق الفردية بين التوحديين أنفســهم من حيث مســتوى الإعاقة والقدرات الوظيفية، وبأن كثيرين منهــم يحتاجون إلى تعليم متخصص لا توفره فصــول الدمــج الكامل. ويعتقد هــؤلاء أن للطفل الحــق في برنامج ومنهج تعليمي يتناسب مع قدراته واحتياجاته، وأن احتياجات كثير من الأطفال التوحديين لا تتوافر إلا في فصول خاصة. فالتعليم المناســب والعــادل للأطفــال التوحديين يعني التعليم الخــاص والذي يقدم في فصول خاصة بهم، وأن إنــكار حقهم في التعليم في تلك الفصول هو انتقاص من حقوقهم.

الدمج بوصفه عاملا مساعدا للنمو الاجتماعي

المبــرر الثانــي الذي يســتخدمه المؤيدون للدمج الكامــل هو أن وضع الأطفــال التوحديين مع الطبيعيين ســيؤدي إلى تحســن وتطور القدرات والمهــارات الاجتماعية لهم. وأن الطفل التوحدي فــي حالة الدمج، وعند توافر المســاندة المناســبة والتشــجيع في فصول الدمج (على العكس من العزل)، ســيتعلم كيفية التواصل والتفاعل الاجتماعي وتكوين الصداقات، وقد يتمكن من تعلم أنماط ســلوكية طبيعية ومناسبة من أقرانه الطبيعيين في الفصل عن طريق الملاحظة المباشرة.

ميزة أخرى للدمج الكامل، كما يراها مؤيدو هذا الاتجاه، هي أنه يرفع عن الطفل وصمة كونه يتلقى التعليم في مدارس التعليم الخاص، وبالتالي فإن معاناته من بعض المشاعر السلبية كتدني مستوى الثقة بالذات وتدني مستوى توقعات الآخرين منه ستكون أقل [2]. هناك بعض الدراسات والأبحاث التي أثبتت الآثار الإيجابية للدمج الكامل على الأطفال التوحديين. فقد بينت إحدى الدراسات أن أطفال ما قبل المدرسة التوحديين يظهرون قدرة أفضل على التفاعل الاجتماعي مع الأقران في فصول الدمج مقارنة بالفصول المعزولة [3]. كما أوضحت دراسة أخرى أن أعراض السلوك التوحدي تنخفض كثيرا في حالة وجود الطفل مع أقران طبيعيين [4]. إن تأييدا لدمج الأطفال التوحديين يأتي من التجربة التي أجريتها مع زملائي قبل سنوات عدة، وتبين منها أن الطفل الذي يعاني حالة توحد شديدة وقدرات وظيفية منخفضة، يتعلم بصورة أفضل وأسرع عندما يرى غيره من الأطفال التوحديين يؤدون تلك الوظائف مقارنة بتعليمه بأسلوب «التدريب المرحلي».

أما المعارضون لمبدأ الدمج فيشيرون إلى أن كثيرا من الدراسات التي بينت وجود آثار إيجابية للدمج الكامل على النمو والتطور الاجتماعي للطفل التوحدي لم تُجر في البيئة الطبيعية والعالم الحقيقي للطفل، ولكن داخل المختبرات أو بيئة معدة بإحكام. ويضيف هؤلاء أن الجميع يعلمون أن وضع الطفل التوحدي بالقرب من أقرانه الطبيعيين لن يؤدي إلى زيادة قدرته على التفاعل الاجتماعي تلقائيا. بل إننا نحتاج إلى تعليم الطفل التوحدي كيفية التفاعل، وهذا يتضمن تعليمه كيف يبادر بالتفاعل الاجتماعي وكيف يحافظ عليه. هذا في الواقع ليس سهلا كما يبدو. مثال على ذلك، أجريتُ وزميلة لي دراسة قمنا فيها بتعليم طفل توحدي يتمتع بمستوى عال من القدرات الوظيفية والتعليمية اسمه نيثان كيفيةَ التعامل مع أطفال طبيعيين في مثل عمره. ثم علمنا الأطفال الطبيعيين التعامل مع نيثان والمبادرة في ذلك [5]. وقد تلقى كل من نيثان والأطفال الطبيعيين تدعيما على شكل ألعاب صغيرة أو مأكولات يرغبون فيها كمكافأة لمشاركتهم في الدراسة. جرت الأمور بشكل جيد، إلى أن توقفنا عن مكافأة الأطفال الطبيعيين، حيث أصبحوا يلعبون بعضهم مع بعض، وأهملوا نيثان. وقد علقت والدته بحزن قائلة: «انظري، إن علينا أن ندفع للأطفال لكي يلعبوا مع نيثان».

نقطة مهمـــة أخرى يقدمها معارضو الدمج الكامل لتأييد وجهة نظرهم هي أن معظم المعاقين المشـــاركين في الدراسات التي أثبتت الآثار الإيجابية للدمج الكامل واســـتفادة الأطفال منه لم يكونوا توحديين. ويبدو أن استفادة الأطفال التوحديين من الدمج الكامل أقل احتمالا من غيرهم، إلا إذا حصلوا علـــى مســـاندة وتدريب إضافيـــين. وبالطبع فإن هذا الأمـــر ليس مفاجئا، فالجميع يعلمون أن الصعوبات في العلاقات والتفاعل الاجتماعي هي المعيار والعرض الأساسي لاضطراب التوحد. وأضافوا إلى ذلك بالقول إن احتمال تقليـــد الطفل التوحدي غيره في البيئة الطبيعية أقل من الأطفال الآخرين، وذلك لانعدام الدافعية لديه. وبما أن التقليد مهم جدا للتعلم، ويشكل جزءا كبيـــرا مما يجري داخل الفصل الدراســـي خصوصا بالنســـبة إلى الأطفال صغار السن، فإن الدمج الكامل ليس من مصلحة الأطفال التوحديين الذين يتجنبـــون التقليد. والواقع أن تقديم تدريب مكثف ومســـاعدة داخل الفصل للطفـــل التوحدي، يعـــين على تنمية قدراته، بيد أن ذلـــك مكلف ماديا ومن الصعب تحقيقه من دون كادر فني على مستوى عال من التدريب.

الدمج بوصفه وسيلة للتطور الأكاديمي

يعتقـــد مؤيدو الدمـــج الكامل أن الأطفال التوحديين يســـتفيدون أكاديميا من وجودهم في الفصول العامة خصوصـــا عندما تكون المتطلبات الأكاديمية في الفصل مناســـبة لقدراتهم المعرفية والعلمية. بيد أن هذا ينطبق أكثر على الأطفـــال الذين يعانون إعاقات جســـمية واضطرابـــات انفعالية (هؤلاء غالبا يوضعـــون في فصول خاصة) وليس على التوحديين. فالجميع متفقون على أن الأطفال من ذوي الإعاقة الشـــديدة (من ضمنهم أغلبية التوحديين) يحتاجون إلى مساعدة إضافية حتى يستمروا في فصول الدمج. ومن هنا يتضح أن الدمج في المجال الأكاديمي يصلح للأطفال من ذوي الإعاقات البســـيطة والتوحديين الذين يتمتعون بمستوى ذكاء وقدرات وظيفية عالية وليس كل التوحديين.

مواضيع أخرى مرتبطة بالدمج

تجدر الإشـــارة إلـــى بعض المواضيـــع والنتائج الأخـــرى المرتبطة بقضية الدمج. فقد اتضح أن الدمج الكامل أمر مثالي إلى حد ما، ولكن هذه المثالية تتميز ببعض الموضوعية والواقعية. فقد بينت نتائج سنوات عديدة من البحث

أن فوائد الدمج تشــمل الأطفــال المعاقين، وتمتد إلــى أقرانهم من الأطفال الطبيعيــين أيضا. الواقع أن إحدى فضائل الدمج ســواء كان كاملا أو جزئيا (كذلك الدمج العكسي) هي تعلم الأطفال غير المعاقين التسامح وتقبل الفروق والاختلافات الفردية.

في الوقت الذي تبين فيه أن الدمج فعال ومفيد، خصوصا مع الأطفال ذوي الإعاقــات الخفيفة أو البســيطة، هناك عامل آخــر مؤثر في فعالية الدمج، وهو مدرس الفصل. فمما لا شــك فيــه أن إدارة فصل من فصول الدمــج أمر مختلــف تماما عــن إدارة فصل للأطفــال العاديين، أو فصل للمعاقــين على حدة. فالفصول التي تضم فئة واحدة فقط – ســواء كانوا طبيعيــين أو معاقــين – تتميز بأنها تحتوي على فئة واحدة ومتشــابهة من الأطفــال، كما أن المنهج يكون موحدا لجميــع تلاميذ الفصل، حتى لو كان هناك اهتمام ببعض الفروق الفردية. فإدارة فصل من فصول الدمج تتطلب إدارة أكثــر من منهج أو برنامج في وقت واحد، كما أن تلك البرامج موجهة إلــى مســتويات متفاوتة من الأطفال الحضور، وليس هذا بالأمر الســهل. وفي هذا المجال فإن التأييد القوي من ناظر المدرســة، وغيره من الإداريين وأولياء أمور الطلبة يصبح أمرا مهما جدا. هذا بالإضافة إلى مساندة كادر فني قادر على تدريب المدرســين وأن يكون لهــم مرجع علمي. ومن الأمور الأخــرى التي تدعو إلى القلــق في حال الدمج اســتئثار الأطفال المعاقين بانتباه وجهد المدرسين على حساب أقرانهم من غير المعاقين. والمثير هنا أن الأبحاث التي حاولت تقييم برامج الدمج لم تثبت هذه النقطة بالتحديد.

إذا كان الدمــج الكلي فعالا، فإن هذا أمر رائع. أما إذا لم يتحقق ذلك، فعلينا البحث عن ســبل لتطويره وجعله أكثر فعالية. ولحسن الحظ، هناك كثير من البرامج المبتكرة القائمة على الأبحاث والمبادئ الســلوكية، والتي تبحث في دمج الأطفال التوحديــين مع غيرهم من الأطفال العاديين. من أقــدم البرامج في هذا الصدد برنامج تعليــم الخبرات البديلة (LEAP)، الذي وضع بواســطة الدكتور فيليب ســترين (Philip Strain) من جامعة كولورادو، وبرنامج والدن للطفولة المبكرة الذي وضعته الدكتورة غيل مكغي (Gail McGee) من جامعة أموري. إن برنامج تعليم الخبرات البديلة، الذي بدأ فــي العام 1982، كان أحد أقدم البرامــج التي حاولت دمج الأطفال

التوحديين بأقرانهم مـن الطبيعيين، وقد عرف هذا البرنامج بجهوده في مجال علاج المهارات الاجتماعية بواسطة الأقران [6]، واكتمل هذا البرنامج المبتكر بوضع برامج للعلاج الفردي في مجالات عدة.

أمـا برنامج والدن، الذي بدأ في العام 1985، فقد طور أساسـا للبحث عن فعالية التدريس التلقائي (المنهج السـلوكي الطبيعي الذي نوقش في هذا الكتاب سابقا)، ولكنه تطور ليصبح برنامجا لدمج فصول الحضانة مع رياض الأطفال باسـتخدام منهج التدريب أو التدريس التلقائـي. وأثبتت الأبحاث أن كلا البرنامجين سـالفي الذكر أثبتا نجاحـا لدى الأطفال التوحديين في المجالـين الأكاديمي والاجتماعي في فصول وظروف الدمج. وفي السـنوات الأخيرة قامت الدكتورة أوبين ستاهمر (Aubym Stahner) والتي تعمل لدى مستشفى سـانتياغو للأطفال، بدراسة للبحث عن أسـاليب وتقنيات فعالة لدمـج الأطفـال المصابين بالتوحد من عمر سـنتين وغيرهـم من الأطفال الطبيعيين في أنشـطة وبرامج المجتمـع. وقد أثبتت الدكتـورة أوبين نتائج إيجابية لاستخدام هذا البرنامج والذي يقوم على المناهج السلوكية [7]. ولقد هدفت تلك البرامج المبتكرة إلى الاسـتفادة من فرص وأهمية التدخل المبكر لـدى الأطفال التوحديين، وذلك بتوفير برامج لدمجهم مع الأطفال العاديين في التعليم العام منذ عمر سنتين.

مشكلة أخرى مازالت في حاجة إلى حل هي ما إذا كان الطفل التوحدي في حاجة إلى أن يكون «مسـتعدا» للدمج فـي فصول التعليم العام. ويرى المهتمـون أنه في الوقت الـذي تعد فيه برامج ملائمـة لدمج التوحديين الأكبر سـنا أو الأكثر قدرة عقلية ووظيفية، فإن الأطفال الأصغر سـنا - خصوصـا أطفال ما قبل المدرسـة - قد لا يكونون مسـتعدين للدمج من الناحية السلوكية. ويخشى هؤلاء من عدم حصول الأطفال ذوي الإعاقات الشـديدة وأطفال ما قبل المدرسة على الخدمات والعلاج المبكر والمناسب فـي برامج الدمج ، كما أنهم قـد يواجَهون بالرفض من زملائهم وأقرانهم في الفصل. وبالتأكيد لن تكون هذه بداية جيدة أو ناجحة للبدء في برنامج تعليمـي وتربوي. ومن ثم فـإن أصحاب وجهة النظر هـذه نادوا بتدريب الطفل في مجموعات صغيرة أو بشكل فردي قبل وضعه في برامج الدمج.

وعلى الرغم من تأثير مفهوم «الاستعداد» على بعض برامج التعليم المبكر للأطفال التوحديين، لم تتوافر أي أبحاث أو دراسات لتأييد ذلك [8]. على العكس من ذلك، فقد أظهرت برامج مثل تعليم الخبرات البديلة، وبرنامج «والدن» للتعليم المبكر، وبرنامج سانتياغو لمدارس الأطفال تحسنا ملحوظا مع الأطفال في برامج الدمج، واستطاع هؤلاء الأطفال ترك البرنامج وهم مزودون بالقدرة على التواصل، بالإضافة إلى تحسن مهاراتهم الاجتماعية، واحتمال كبير بمواصلة دمجهم بشكل تام في التعليم العام.

ما الموقف من الدمج الكامل الآن؟ تبدو فكرة الدمج الكامل هذه الأيام فكرة رائعة مفعمة بالوعود. نعلم جميعا أن كثيرا من الأطفال المعاقين بمن فيهم التوحديون يمكن أن يدمجوا دمجا كاملا في التعليم العام إذا توافرت لهم الظروف الملائمة. تتضمن الظروف الملائمة الآتي: تدريب المدرسين على أساليب ومناهج عدة لتناسب التلاميذ ذوي القدرات والمستويات المتعددة والمختلفة؛ فضلا عن تقديم المساعدة والمساندة للمدرسين، وتقديم مساندة مماثلة اجتماعيا وأكاديميا للتلاميذ، بالإضافة إلى تضمين منهج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن أنشطة الفصل الدراسي العادي. ولسوء الحظ، كثيرا ما تتعطل أو تفشل تجارب الدمج من دون قصد، وذلك نتيجة لعدم إدراك المناطق التعليمية أن عملية الدمج تحتاج إلى المساعدة وبرامج لتدريب المدرسين والكوادر الفنية حتى تكون فعالة. فضلا عن أن وضع الطفل التوحدي في فصول الدمج من دون توفير المساندة المطلوبة وتدريب المدرسين سيؤدي إلى فشل الطفل والمدرس والتلاميذ الآخرين في الفصل.

نحن نعي ما يمكن تحقيقه وإنجازه في المواقف التعليمية المستندة إلى البحث العلمي، حيث يمكن المحافظة على ضبط كل المتغيرات التي تؤدي دورا في النتائج، والمرتبطة بالفصل الدراسي. وبالإضافة إلى ذلك فإن تلك البرامج يجب أن تراعي توفير مجموعة من العناصر الضرورية لنجاح برامج الدمج، مثل: الفروق الفردية، وتوزيع التلاميذ على مجموعات صغيرة، وتدريب الآباء على تلك البرامج، مع الاختلاف والتنوع في أساليب العلاج. إن هذا الاختلاف جعل المقارنة بين تلك البرامج لتحديد تأثير كل عنصر من عناصرها على حدة أمرا في غاية الصعوبة. بالإضافة إلى ذلك هناك حاجة ماسة إلى أبحاث تتبعية لتحديد الآثار طويلة المدى لهذه البرامج.

إن النتائج الإيجابية لبرامج الدمج تنعش الآمال بشأن ما يمكن تحقيقه. بيد أن الواقع يشير إلى أن الدمج قد لا يكون ملائما لجميع الأطفال المصابين بالتوحد. وهناك من يعتقد (كما ورد على لسان برانيا سيغل في الاقتباس أول الفصل) أن وضع الأطفال في فصول الدمج يحرمهم مما يحتاجون إليه من اهتمام وانتباه فردي لتحقيق النجاح في تلك البرامج التعليمية. فنحن ندرك تماما أن تصميم البرامج التعليمية على أساس فردي أمر في غاية الأهمية بالنسبة إلى التوحديين. وأحد مصادر القلق هو مدى إمكان تضمين التعليم الفردي في برامج الدمج. كما أن من المهم تحديد أي فئة من الأطفال يمكنها الاستفادة من برامج الدمج، وأيها تتعلم بصورة أفضل في فصول خاصة. وبشكل عام فإن الواقع والمثالية مازالا في حالة تناقض، والجدل مازال قائما. ولا نستطيع أمام ذلك إلا التمني بأن يكون ذلك أمرا مؤقتا.

جدل آخر من دون مغزى

لا يمكن الوصول إلى قرار للاختيار بين دمج الطفل التوحدي في فصول التعليم العام وبين توفير برنامج تعليمي مكثف للطفل داخل المنزل استنادا إلى استراتيجية عامة تناسب الجميع. بل يجب أن يستند قرار مثل هذا إلى أساس الاهتمام بالاحتياجات الخاصة لكل طفل. وبشكل عام يمكن القول إن البيئة التعليمية الأفضل للطفل هي البيئة التي تقوم على الدمج، إلى أقصى حد ممكن، بناء على احتياجات الطفل وقدراته. النظام التربوي أصبح أكثر قدرة على دمج التلاميذ التوحديين، والعمل جار على تطوير أساليب الدمج وتحسينها. وعلى كل حال فإن الفشل خبرة غير سارة لأي طفل، ومن البديهي أن القرار الخاص بكل طفل يجب أن يأخذ بالاعتبار احتياجاته وقدراته.

وفي السياق نفسه، فإن الموضوع الخاص بتوفير تعليم فردي ومكثف للطفل في المنزل قرار يجب أن يُتخذ بناء على احتياجات وقدرات الطفل أيضا. كثيرا ما يقال للآباء إن أطفالهم يجب أن يعالجوا باستخدام الأسلوب العلاجي المكثف، مع أننا نعلم أن هذا ليس صحيحا في كثير من الحالات. ولطالما أُصبتُ بالإحباط لمشاهدة طفل يقضي معظم ساعات الصحو في التفاعل الفردي مع شخص بالغ. في إحدى الحالات شاهدت فيلما يُظهر

طفــلا توحديا يتمتع بقدرات وظيفية عالية وهو يتلقى تدريبا مكثفا جرى معظمه فــي غرفة نوم والديه. إنها حالة حرم فيها الطفل من التفاعل مع أقرانه. ولــم يفتقر الطفل إلى التعرض للتفاعــل الاجتماعي فقط، ولكن لوحظ أيضا أن التحســن في ســلوكياته داخل المنزل لم يقابله تحسن في خارج المنزل أو مع أقرانه. ولم يكن ذلك مفاجئا، حيث اقتصر تدريب الطفل على علاقته بالمعالج المختص داخل المنزل. بينما كان سيســتفيد حتما من وجوده في بيئة الفصل. فلو تصورنا طفلا توحديا أمضى الســنوات الأولى من عمره وهو يتلقى تدريبا مكثفا وفرديا في منزل العائلة، ثم وضعناه في الفصل الدراسي الأول، سواء كان هذا الفصل للعاديين أو المعاقين، فكيف ســيكون تصرفه؟ بالطبع سيجد الطفل الصعوبة كبيرة داخل الفصل. كما أنه ســيواجه صعوبة في تعميم المهارات التي تعلمها في المواقف الجديدة ومواقف التفاعل الاجتماعي.

ونحن لا ننكر أن بعض الأطفال يحتاج إلى تدريب مكثف وفردي داخل المنزل، خصوصا في البداية، أو إذا كان الطفل شــديد الإعاقة. والأمل هو أن يحول الطفل إلى فصل دراســي، سواء مع أطفال معاقين أو بالدمج مع أطفــال طبيعيين، بصورة مبكرة كلما أمكن ذلك، على أن يتم ذلك بشــكل يتلاءم مع احتياجات وقدرات الطفل، وليس مع ما هو شائع، أو مع ما ينشر في الإنترنت، أو ما يدعيه بعض من لهم مصلحة مادية في قرار محدد.



الخاتمة

«إن استمرار الجدل والاختلافات حول التوحد وسبل علاجه يعمل على تنشيط المجال ودفعه إلى الأمام»
المؤلفة

عند النظر إلى الجدل التاريخي والحالي بشأن التوحد، يصيبنا الذهول للطاقة الهائلة والنشاط والزخم الذي يعتري المجال، فكل يوم يأتي بنظريات جديدة وأساليب علاجية، وطرق علاجية، تشبه السحر وتدعي القدرة على الشفاء، وغيرها من نتائج الدراسات التي تتعلق بالجهاز العصبي، بالإضافة إلى الجدل حول تربية وتعليم تلك الفئة. كل ذلك يجعل الكتابة في هذا المجال مهمة صعبة، فيبدو أنه قبل أن يجف حبر هذا الكتاب سيبدأ الجدل من جديد عن مواضيع جديدة.

والسؤال هو، أين نحن الآن؟ وما هي معلوماتنا الأكيدة عن التوحد؟ وهل هناك أمور مُسلم بها وغير خاضعة للجدل في يومنا هذا؟ إن الإجابة عن السؤال الأخير

هـــي نعم. وإننا وبكل ثقة نســـتطيع القول إننـــا توصلنا إلى بعض الحقائق المســـلم بها بشـــأن التوحد مثل: أن التوحد لا يرجع إلى أســـباب بيئية أو أســـلوب الوالدين في التربية، بل إلى أسباب بيولوجية جينية. وأن قدرتنا على تشخيص التوحد وتحديد أعراضه تحسنت بدرجة كبيرة. وأننا بدأنا في معرفة الأســـرار البيولوجية للتوحد. بينما لا يوجد شـــفاء تام للتوحد، بيد أن الأبحاث الســـلوكية قد أنتجت أســـاليب علاجيـــة فعالة. ولا يوجد أسلوب علاجي أو تدريبي واحد يناسب كل الأفراد، ولكننا نتعلم الآن كيفية وضع الأســـاليب العلاجية التي تناســـب احتياجات وقدرات كل طفل على حدة، وأيضا مراعاة الفروق الفردية. ولســـوء الحظ فإن عدم الوصول إلى سبب أكيد أو شفاء للتوحد أدى إلى ظهور كثير من الادعاءات غير المثبتة، أو حتى إلى قبول بعض الأســـاليب العلاجيـــة الكاذبة. ولكن يمكننا القول كذلك إن اســـتمرار الجدل والاختلافات بشأن التوحد وسبل علاجه يعمل على تنشيط المجال ودفعه إلى الأمام.

إن ذلك النشاط وتلك الطاقة أمران يدعوان إلى الدهشة والأمل. وعلى الرغم من أنها (الدهشـــة) قد تقودنا إلى الاتجاه الخطأ أحيانا، فإنها في النهاية ســـتؤدي إلى نتائج مهمة ومفيدة. فمادام الناس سيظلون مبهورين ومتسائلين إزاء التوحد، سيتطور ويتقدم المجال نحو اكتشافات جديدة. إن ما نحتاج إليه فعلا هو الاهتمام والحماس لطرح أســـئلة مهمة وأساســـية، وأن نبحـــث عن إجابات عنها. وبما أن مشـــكلة التوحـــد معقدة وتؤثر في جميـــع جوانب حيـــاة الفرد فلنا أن نتوقع أن البحـــث عن إجابات عن تلك الأســـئلة سيســـتغرق وقتا طويلا. لكنني واثقة بأننا سنســـتمر في تحقيق تقدم ملحوظ.

ومن جانب آخر، فإن تمســـك البعض بآرائهم ووجهات نظرهم، على الرغم من الإثباتات والبراهين العملية التي تفندها، ليس أمرا مشـــجعا. وهذا بدوره لا يؤدي إلى شيء أكثر من إطالة فترة البحث وتأخير وصولنا إلى الإجابات التي نســـعى إليها. إن السير في الطريق الخطأ يأخذ وقتا طويلا، ويفضل أن نقضي هذا الوقت للوصول ســـعيا في الاتجاه السليم. ومثـــال على ذلك الوقت الذي ضاع فـــي التركيز على النظرية التحليلية

وتفسـيرها لأسباب التوحد وسـبل علاجه. إن التمسك ببعض المفاهيم والأسـاليب واتباعها حتى بعد أن تثبت الدراسـة العلمية خطأها، يؤدي إلى خسارة كبيرة. ونحن لا نستطيع أن نجعل رغباتنا وآمالنا تعمي عيوننا عن الحقيقة.

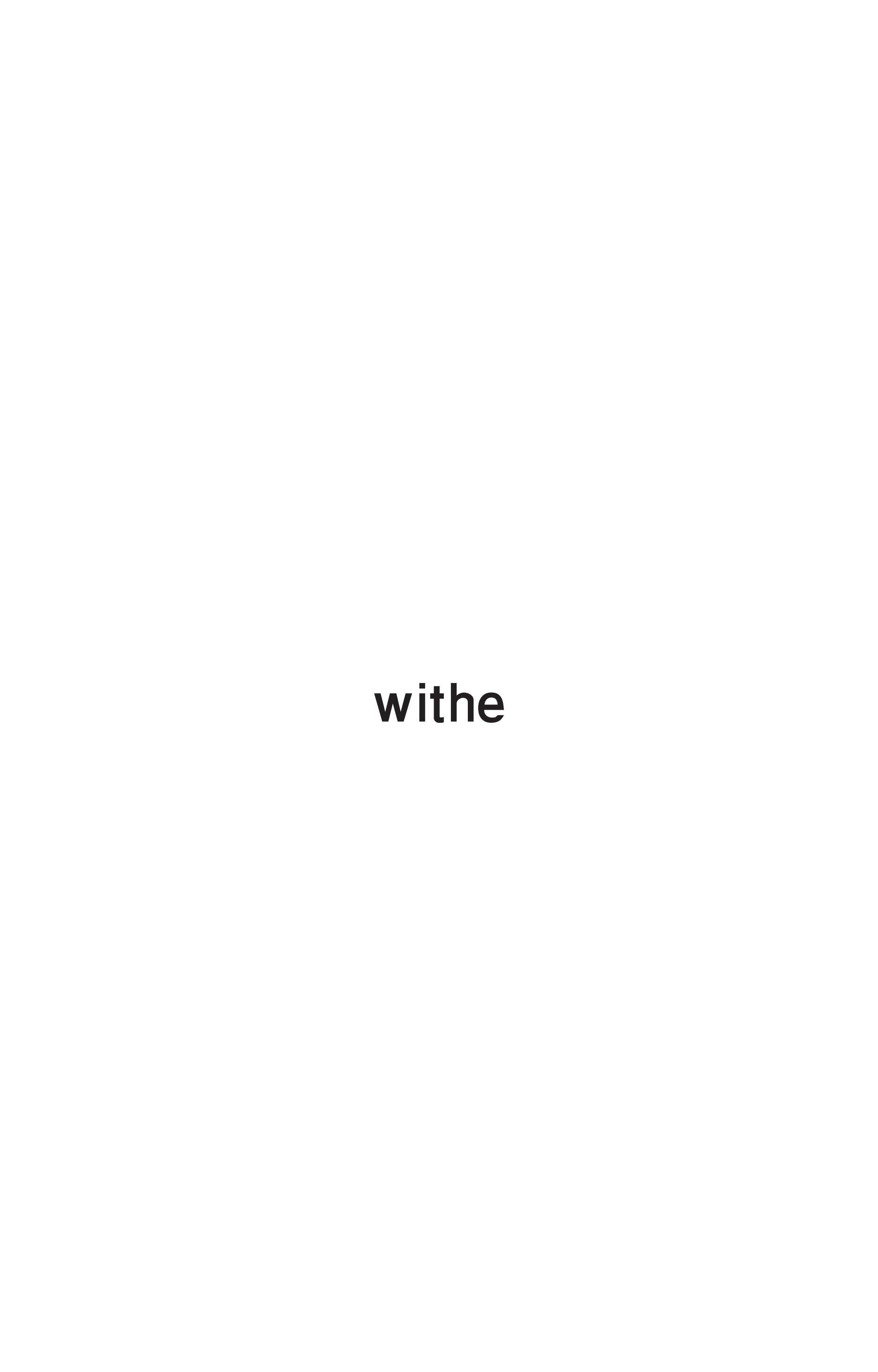
إن الحماس فـي ميدان التوحد قادر على قيادتنا إلى سـبل مختلفة. ولقـد كان هدفي من وضع هذا الكتاب هو دعوة القارئ إلى أن يشـاركني فـي انبهـاري واهتمامي بالتوحد، وأيضـا إلى حثه علـى التفكير الناقد والضروري لتأكيد ضرورة الاسـتمرار في الطريـق الصحيحة. إن النظر إلى التقدم الذي حققناه في السنوات الأخيرة يجعلني واثقة بأننا نستطيع الاسـتمرار في طريق البحث، وفي تحسـين مسـتقبل هؤلاء ممن تأثرت حياتهم سلبا بالتوحد.



WHITE



الهوامش


withe

الهوامش

(1)

1. *Prime Time Live*, ABC News, January 23, 1992.
2. *60 Minutes*, CBS News, February 20, 1994.
3. D. Biklen, *Communication Unbound: How Facilitated Communication Is Challenging Traditional Views of Autism and Ability/Disability* (New York: Teachers College Press, 1993).
4. S. Epstein, *Impure Science: AIDS Activism and the Politics of Knowledge* (Berkeley: University of California Press, 1996).

(2)

1. Leo Kanner, "Autistic Disturbances of Affective Contact," *Nervous Child*, 2 (1943): 217–250. Reprinted in Leo Kanner, *Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights* (Washington, D.C.: V. H. Winston and Sons, 1973).
2. E. Bleuler, *Das Autistische—Undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung* (Berlin: Spring, 1919).
3. Leo Kanner, "Autistic Disturbances of Affective Contact," reprinted in Kanner, *Childhood Psychosis*, p. 2. Quotations from Leo Kanner are reprinted by permission of the Philosophical Library, New York. Page numbers for all subsequent quotations from Kanner are given in the text and refer to the 1973 reprint of his article in *Childhood Psychosis.*
4. L. Schreibman, *Autism* (Newbury Park: Sage Publications, 1988).

5 – من المهم أن نميز بين «المصاداة»، وهي التكرار غير الطبيعي للكلام، وبين إعادة الكلام الشائعة لدى الأطفال في مراحل النمو اللغوي.
فالمصاداة حالة مرضية، وهي الكلمة التي تطلق على التكرار المرضي للكلام، الذي يظهر تقريبا بعد سن الرابعة.

6. See, for example, E. G. Carr, L. Schreibman, and O. I. Lovaas, trol of Echolalic Speech in Psychotic Children," *Journal of Ab Child Psychology,* 3 (1975): 331–351; L. Schreibman and E. C "Elimination of Echolalic Responding to Questions Throu Training of a Generalized Verbal Response," *Journal of Appl havior Analysis,* 11 (1978): 453–463; B. M. Prizant and J. F. D "The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children," *J of Speech and Hearing Disorders,* 46 (1981): 241–249.
7. See, for example, O. I. Lovaas, J. W. Varni, R. L. Koegel, and N. "Some Observations on the Nonextinguishability of Chi Speech," *Child Development,* 48 (1977): 1121–1127.
8. See, for example, O. I. Lovaas, A. Litrownik, and R. Mann, "Re Latencies to Auditory Stimuli in Autistic Children Engaged i Stimulatory Behavior," *Behaviour Research and Therapy,* 9 (39–49.
9. B. Rimland, *Infantile Autism* (New York: Appleton-Century- 1964).
10. National Research Council, *Educating Children With Autis* Catherine Lord and James P. McGee, Committee on Educationa ventions for Children with Autism, Division of Behavioral and Sciences and Education (Washington, D.C.: National Academy 2001).

(3)

1. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias,* trans. J. Zinkin (New York: International Universities Press, 1950).
2. L. Bender, "Childhood Schizophrenia: Clinical Study of One Hundred Schizophrenic Children," *American Journal of Orthopsychiatry,* 17 (1947): 40–56.
3. B. Rank, "Intensive Study and Treatment of Preschool Children Who Show Marked Personality Deviations, or 'Atypical Development,' and

Their Parents," in G. Caplan, ed., *Emotional Problems of Early Childhood* (New York: Basic Books, 1955).

4. M. Mahler, "On Child Psychosis and Schizophrenia, Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses," *Psychoanalytic Study of the Child*, 7 (1952): 286–305.
5. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* (Washington, D.C.: APA, 1994).
6. World Health Organization, *Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with the Tenth Revision of the International Classification of Diseases* (Geneva, Switzerland: WHO, 1993).
7. F. R. Volkmar, A. Klin, W. Marans, and D. J. Cohen, "Childhood Disintegrative Disorder," in D. J. Cohen and F. R. Volkmar, eds., *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 2nd ed. (New York: John Wiley and Sons, 1997), pp. 47–59.
8. H. Asperger, "Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter," *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117 (1944): 76–136.
9. A. Klin, F. R. Volkmar, and S. S. Sparrow, eds., *Asperger Syndrome* (New York: Guilford Press, 2000), p. 9.
10. T. Attwood, "Making Friends and Managing Feelings: Asperger's Syndrome and High Functioning Autism," presentation at the San Diego Children's Hospital and Health Center, San Diego, Calif., October 15, 2003.
11. F. R. Volkmar, A. Klin, and D. J. Cohen, "Diagnosis and Classification of Autism and Related Conditions: Consensus and Issues," in Cohen and Volkmar, eds., *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 2nd ed., pp. 5–40.
12. L. Wing and J. Gould, "Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9 (1979): 11–29.
13. B. Rimland, *Infantile Autism* (New York: Appleton-Century Crofts, 1964).
14. E. Schopler, R. J. Reichler, and B. R. Renner, *The Childhood Autism Rating Scale (CARS) for Diagnostic Screening and Classification of Autism* (New York: Irvington Press, 1986).
15. S. Baron-Cohen, J. Allen, and C. Gillberg, "Can Autism Be Detected at 18 Months? The Needle, the Haystack, and the CHAT," *British Journal of Psychiatry*, 161 (1992): 839–843.

16. C. Lord, M. Rutter, and A. Le Couteur, "Autism Diagnostic Interview–Revised: A Revised Version of a Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24 (1994): 659–685.
17. C. Lord, S. Risi, L. Lambrecht, et al., "The Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (2002): 205–223.
18. P. A. Filipek, P. J. Accardo, G. T. Baranek, et al., "The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (1999): 439–484.
19. Congressman John F. Tierney (*www.house.gov/tierney/press/autism 050704.shtml*), 2004; *www.autism-society.org* (2003).
20. L. A. Croen, J. K. Grether, J. Hoogstrate, and S. Selvin, "The Changing Prevalence of Autism in California," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (2002): 207–215.
21. E. Fombonne, "Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (2003): 365–382.

(4)

1 – عــرض فيلم «الأمهات الثلاجــة» (Refrigerator Mothers) على قناة PBS في 2001، وقد كان ضمن سلسلة من الأفلام الوثائقية بعنوان «وجهة نظر» (Point of View).

2. See, for example, L. Kanner, "Autistic Disturbances of Affective Contact," *Nervous Child*, 2 (1943): 217–250.
3. B. Bettelheim, *The Empty Fortress* (New York: The Free Press, 1967).
4. M. Mahler, "On Child Psychosis and Schizophrenia, Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses," *Psychoanalytic Study of the Child*, 7 (1952): 286–305; B. Rank, "Intensive Study and Treatment of Preschool Children Who Show Marked Personality Deviations, or 'Atypical Development,' and Their Parents," in G. Caplan, ed., *Emotional Problems of Early Childhood* (New York: Basic Books, 1955), pp. 491–501; H. Weiland and R. Rudnick, "Considerations of the Development and Treatment of Autistic Childhood Psychosis," *Psychoanalytic Study of the Child*, 16 (1961): 549–563.
5. M. Rutter and A. Cox, "A Comparative Study of Infantile Autism and Specific Developmental Receptive Language Disorder: I. The Children," *British Journal of Psychiatry*, 126 (1975): 127–145.

6. R. L. Koegel, L. Schreibman, R. E. O'Neill, and J. C. Burke, "The Personality and Family-Interaction Characteristics of Parents of Autistic Children," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (1983): 683–692.
7. M. Rutter and T. G. O'Connor, "Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings from a Study of Romanian Adoptees," *Developmental Psychology*, 40 (2004): 81–94.
8. C. B. Ferster, "Positive Reinforcement and Behavioral Deficits of Autistic Children," *Child Development*, 32 (1961): 437–456.
9. C. B. Ferster and M. K. DeMyer, "The Development of Performance in Autistic Children in an Automatically Controlled Environment," *Journal of Chronic Diseases*, 13 (1961): 312–345.
10. M. Rutter, A. Bailey, E. Simonoff, and A. Pickles, "Genetic Influences and Autism," in D. J. Cohen and F. R. Volkmar, eds., *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Second Edition* (New York: John Wiley and Sons, 1997), pp. 370–387.
11. M. Rutter, "Genetic Studies of Autism: From the 1970s into the Millennium," *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (2000): 3–14.
12. R. J. Schain and D. X. Freedman, "Studies on 5-Hydroxyindole Metabolism in Autistic and Other Mentally Retarded Children," *Journal of Pediatrics*, 58 (1961): 315–320.
13. E. Geller, E. R. Ritvo, B. J. Freeman, and A. Yuwiler, "Preliminary Observations on the Effect of Fenfluramine on Blood Serotonin and Symptoms in Three Autistic Boys," *New England Journal of Medicine*, 307 (1982): 165.
14. E. Courchesne, R. Yeung-Courchesne, and K. Pierce, "Biological and Behavioral Heterogeneity in Autism: Roles of Pleiotropy and Epigenesis," in Broman and Fletcher, eds., *The Changing Nervous System: Neurobehavioral Consequences of Early Brain Disorders* (New York: Oxford University Press, 1999), pp. 292–338.
15. E. Courchesne, R. Carper, and N. Akshoomoff, "Evidence of Brain Overgrowth in the First Year of Life in Autism," *Journal of the American Medical Association*, 290 (2003): 337–344.
16. E. Courchesne, C. M. Karns, H. R. Davis, et al., "Unusual Brain Growth Patterns in Early Life in Patients with Autistic Disorder: An MRI Study," *Neurology*, 57 (2001): 245–254.
17. See E. Courchesne and K. Pierce, "Brain Overgrowth in Autism during a Critical Time in Development: Implications for Frontal Pyramidal Neuron and Interneuron Development and Connectivity," *Interna-*

tional Journal of Developmental Neuroscience (in press); M. R. Herbert, D. A. Ziegler, C. K. Deutsch, et al., "Brain Asymmetries in Autism and Developmental Language Disorder: A Nested Whole-Brain Analysis," *Brain*, 128 (2005): 213–226; D. L. Vargas, C. Nascimbene, C. Krishnan, et al., "Neuroglial Activation and Neuroinflammation in the Brain of Patients with Autism," *Annals of Neurology*, 57 (2005): 67–81.

18. S. Baron-Cohen, *The Essential Difference: The Truth About the Male and Female Brain* (London: Alan Lane, 2003).
19. J. T. Manning, S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, and G. Sanders, "The 2nd to 4th Digit Ratio and Autism," *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43 (2001): 160–164; S. Lutchmaya, S. Baron-Cohen, and P. Raggatt, "Foetal Testosterone and Vocabulary Size in 18- and 24-Month-Old Infants," *Infant Behavior and Development*, 24 (2002): 418–424; S. Lutchmaya, S. Baron-Cohen, and P. Raggatt, "Foetal Testosterone and Eye Contact in 12-Month-Old Human Infants," *Infant Behavior and Development*, 25 (2002): 327–335.
20. A. J. Wakefield, S. H. Murch, A. Anthony, et al., "Ileal-Lymphoid-Hyperplasia, Non-Specific Colitis, and Pervasive Developmental Disorder in Children," *The Lancet*, 351 (1998): 637–641.
21. Medical Research Council (UK), *MRC Review of Autism Research: Epidemiology and Causes* (London: MRC, 2001).
22. B. Taylor, E. Miller, C. P. Farrington, et al., "Autism and Measles, Mumps, and Rubella Vaccine: No Epidemiological Evidence for a Causal Association," *The Lancet*, 353 (1999): 2026–2029.
23. L. Dales, S. J. Hammer, and N. J. Smith, "Time Trends in Autism and in MMR Immunization Coverage in California," *Journal of the American Medical Association*, 285 (2001): 1183–1185.
24. See E. Fombonne and E. H. Cook, Jr., "MMR and Autistic Enterocolitis: Consistent Epidemiological Failure to Find an Association," *Molecular Psychiatry*, 8 (2003): 133–134.
25. T. Verstraeten, R. L. Davis, F. DeStafano, et al., "Safety of Thimerosal-Containing Vaccines: A Two-Phased Study of Computerized Health Maintenance Organization Databases," *Pediatrics*, 112 (2003): 1039–1048.
26. S. H. Murch, A. Anthony, D. H. Casson, et al., "Retraction of an Interpretation," *The Lancet*, 363 (2004): 750; Horton, R., "The Lessons of MMR," *The Lancet*, 363 (2004): 747; Horton, R. "A Statement by the Editors of *The Lancet*," *The Lancet*, 363 (2004): 820–821.

27. Report of the National Institute of Medicine, May 18, 2004.
28. K. B. Nelson and M. L. Bauman, "Thimerosal and Autism?" *Pediatrics,* 111 (2003): 674–679; P. Stehr-Green, P. Tull, M. Stellfeld, et al., "Autism and Thimerosal-Containing Vaccines: Lack of Consistent Evidence for an Association," *American Journal of Preventative Medicine,* 25 (2003): 101–106.

(5)

1. S. Rogers, "An Examination of the Imitation Deficit in Autism," in J. Nadel and G. Butterworth, eds., *Imitation in Infancy* (Cambridge: Cambridge University Press, 1999), pp. 254–279.
2. H. Wimmer and J. Perner, "Beliefs about Beliefs: Representation and Constraining Function of Wrong Beliefs in Young Children's Understanding of Deception," *Cognition,* 13 (1983): 103–128.
3. F. R. Volkmar, A. Carter, J. Grossman, and A. Klin, "Social Development in Autism," in D. J. Cohen and F. R. Volkmar, eds., *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Second Edition* (New York: John Wiley and Sons, 1997), pp. 173–194.
4. A. M. Leslie, "Pretense and Representation: The Origins of 'Theory of Mind,'" *Psychological Review,* 94 (1987): 412–426.
5. J. Osterling and G. Dawson, "Early Recognition of Children with Autism: A Study of First Birthday Home Videotape," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 24 (1994): 247–431. See also J. A. Osterling, G. Dawson, and J. A. Munson, "Early Recognition of 1-Year-Old Infants with Autism Spectrum Disorder versus Mental Retardation," *Development and Psychopathology,* 14 (2002): 239–251.
6. G. Baranek, "Autism during Infancy: A Retrospective Video Analysis of Sensory-Motor and Social Behaviors at 9–12 Months of Age," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 29 (1999): 213–224; L. Zwaigenbaum, S. E. Bryson, J. Brian, et al., "Early Behavioral Markers Predict Social-Communication Impairments in Young Siblings of Children with Autism," paper presented at the annual convention of the Society for Research in Child Development, Tampa, Florida, April 2003.
7. A. M. Leslie and D. Roth, "What Can Autism Teach Us about Metarepresentation?" in S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, and D. Cohen, eds., *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism* (Oxford: Oxford Medical Publications, 1993), pp. 83–111.

8. See H. Tager-Flusberg, "A Reexamination of the Theory of Mind Hypothesis of Autism," in J. A. Burack, T. Charmon, T. N. Yirmiya, and P. R. Zelazo, eds., *The Development of Autism: Perspectives from Theory and Research* (Mahwah, N.J.: Erlbaum, 2001), pp. 173–193.
9. Ibid.
10. U. Frith and F. Happé, "Autism: Beyond 'Theory of Mind,'" in J. Mehler and S. Franck, eds., *Cognition on Cognition*, Cognition Special Series (Cambridge, Mass.: MIT Press, 1995), pp. 13–30.
11. A. Shah and U. Frith, "An Islet of Ability in Autism: A Research Note," *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24 (1983): 613–620; F. Happé, *Autism: An Introduction to Psychological Theory* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1994).
12. S. Ozonoff, "Learning and Cognition in Autism," in E. Schopler and G. B. Mesibov, eds., *Current Issues in Autism* (New York: Plenum Press, 1995), pp. 199–219; S. Ozonoff, B. F. Pennington, and S. J. Rogers, "Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals: Relationship to Theory of Mind," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32 (1991): 1081–1105; S. Ozonoff, D. L. Strayer, W. M. McMahon, and F. Filloux, "Executive Function Abilities in Autism and Tourette Syndrome: An Information Processing Approach," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (1994): 1015–1032.
13. S. Weeks and R. P. Hobson, "The Salience of Facial Expression for Autistic Children," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28 (1987): 137–151.
14. R. P. Hobson, "The Autistic Child's Appraisal of Expressions of Emotion," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 27 (1986): 321–342.
15. A. L. Bacon, D. Fein, R. Morris, et al., "The Responses of Autistic Children to the Distress of Others," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2 (1998): 129–142.
16. P. Hobson, "Understanding Persons: The Role of Affect," in S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, and D. J. Cohen, eds., *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism* (Oxford: Oxford University Press, 1993), pp. 204–224.
17. For a review of this literature see L. Schreibman, *Autism* (Newbury Park, Calif.: Sage, 1988).
18. L. Schreibman and O. I. Lovaas, "Overselective Response to Social

Stimuli by Autistic Children," *Journal of Abnormal Child Psychology,* 1 (1973): 152–168.

19. N. Akshoomoff, E. Courchesne, and J. Townsend, "Attention Coordination and Anticipatory Control," *International Review of Neurobiology,* 41 (1997): 575–598.
20. S. J. Hutt, C. Hutt, D. Lee, and C. Ounsted, "Arousal and Childhood Autism," *Nature,* 204 (1964): 908–909; A. M. DesLauriers and C. F. Carlson, *Your Child Is Asleep: Early Infantile Autism* (Homewood, Ill.: Dorsey Press, 1969).
21. See, for example, G. Dawson and A. Lewy, "Arousal, Attention, and the Socioemotional Impairments of Individuals with Autism," in G. Dawson, ed., *Autism: Nature, Diagnosis, and Treatment* (New York: Guilford Press, 1989), pp. 49–74; M. Kinsbourne, "Cerebral-Brainstem Relations in Infantile Autism," in E. Schopler and G. B. Mesibov, eds., *Neurobiological Issues in Autism: Current Issues in Autism* (New York: Plenum Press, 1987), pp. 107–125; M. K. Belmonte and D. A. Yurgelun-Todd, "Functional Anatomy of Impaired Selective Attention and Compensatory Processing in Autism," *Cognitive Brain Research,* 17 (2003): 651–664.
22. See, for example, E. M. Ornitz and E. Ritvo, "Perceptual Inconstancy in Early Infantile Autism," *Archives of General Psychiatry,* 18 (1968): 76–98; R. Raymaekers, J. van der Meere, and H. Roeyers, "Event-Rate Manipulation and Its Effect on Arousal Modulation and Response Inhibition in Adults with High Functioning Autism," *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology,* 26 (2004): 74–82.
23. E. P. Abrahamsen and J. R. Mitchell, "Communication and Sensorimotor Functioning in Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 20 (1990): 75–85.
24. G. Dawson and A. Adams, "Imitation and Social Responsiveness in Autistic Children," *Journal of Abnormal Child Psychology,* 12 (1984): 209–225.
25. M. Sigman and J. Ungerer, "Cognitive and Language Skills in Autistic, Mentally Retarded, and Normal Children," *Developmental Psychology,* 20 (1994): 293–302.
26. S. J. Rogers and B. F. Pennington, "A Theoretical Approach to the Deficits in Infantile Autism," *Development and Psychopathology,* 3 (1991): 137–162.
27. See A. Meltzoff and A. Gopnik, "The Role of Imitation in Understand-

ing Persons and Developing a Theory of Mind," in S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, and D. J. Cohen, eds., *Understanding Other Minds* (Oxford: Oxford University Press, 1993), pp. 335–366.

28. M. E. Hertzig, M. E. Snow, and M. Sherman, "Affect and Cognition in Autism," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (1989): 195–199.
29. S. J. Rogers, S. L. Hepburn, T. Stackhouse, and E. Wehner, "Imitation Performance in Toddlers with Autism and Those with Other Developmental Disorders," *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (2003): 763–781.
30. See, for example, D. G. Garfin, D. McCallon, and R. Cox, "Validity and Reliability of the Childhood Autism Rating Scale with Autistic Adolescents," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18 (1988): 367–378.

(6)

1. National Research Council, *Educating Children with Autism*, Committee on Educational Interventions for Children with Autism, Catherine Lord and James P. McGee, eds. Division of Behavioral and Social Sciences and Education (Washington, D.C.: National Academy Press, 2001).
2. See L. Schreibman, *Autism* (Newbury Park, Calif.: Sage, 1988).
3. P. R. Fuller, "Operant Conditioning of a Vegetative Human Organism," in L. P. Ullman and L. Krasner, eds., *Case Studies in Behavior Modification* (New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1965), pp. 337–339.
4. O. I. Lovaas and J. Q. Simmons, "Manipulation of Self-Destruction in Three Retarded Children," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3 (1969): 143–157.
5. O. I. Lovaas, G. Freitag, V. J. Gold, and I. C. Kassorla, "Experimental Studies in Childhood Schizophrenia: Analysis of Self-Destructive Behavior," *Journal of Experimental Child Psychology*, 2 (1965): 67–84.
6. C. B. Ferster, "Positive Reinforcement and Behavioral Deficits of Autistic Children," *Child Development*, 32 (1961): 437–456.
7. See Schreibman, *Autism*, pp. 95–130, for a comprehensive review.
8. C. Maurice, G. Green, and S. C. Luce, eds., *Behavioral Intervention for Young Children with Autism: A Manual for Parents and Professionals*

(Austin, Texas: Pro-Ed, 1996); O. I. Lovaas, *Teaching Individuals with Developmental Delays: Basic Intervention Techniques* (Austin, Texas: Pro-Ed, 2003).

9 - يشـــير البعض إلى هذا النوع من التدريب باسم «تحليل السلوك التطبيقي». وهذه تســـمية خاطئة، لأن «تحليل السلوك التطبيقي» هو منهج بحثي محدد يســـتخدم تصميمات تجريبية؛ وليس أحد أســـاليب العلاج. ولذلك تتضمن «مجلة تحليل الســـلوك التطبيقي» عددا من التقارير التي لا تغطي الأطفال التوحديين ولا علاجهم.

10. O. I. Lovaas, R. L. Koegel, J. Q. Simmons, and J. S. Long, "Some Generalization and Follow-Up Measures on Autistic Children in Behavior Therapy," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6 (1972): 131–166.

11. *Reinforcement Therapy* (film) (New York: Appleton-Century-Crofts, 1966).

12. P. E. Touchette, R. F. MacDonald, and S. N. Langer, "A Scatter Plot for Identifying Stimulus Control of Problem Behavior," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18 (1985): 343–351.

13. E. G. Carr and V. M. Durand, "Reducing Behavior Problems Through Functional Communication Training," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18 (1985): 111–126.

14. See T. F. Stokes and D. M. Baer, "An Implicit Technology of Generalization," *Journal of Behavior Analysis*, 10 (1977): 349–367.

15. See, for example, R. L. Koegel, M. C. O'Dell, and L. K. Koegel, "A Natural Language Teaching Paradigm for Nonverbal Autistic Children," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17 (1987): 187–200; R. L. Koegel, L. Schreibman, A. Good, et al., *How to Teach Pivotal Behaviors to Children with Autism: A Training Manual* (University of California, Santa Barbara, 1989).

16. B. Hart and T. R. Risley, "In Vivo Language Intervention: Unanticipated General Effects," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13 (1980): 407–423; G. G. McGee, P. J. Krantz, and L. E. McClannahan, "The Facilitative Effects of Incidental Teaching on Preposition Use by Autistic Children," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18 (1985): 17–31.

17. A. P. Kaiser, P. J. Yoder, and A. Keetz, "Evaluating Milieu Training," in S. F. Warren and J. Reichle, eds., *Causes and Effects in Communication and Language Intervention* (Baltimore: P. H. Brookes, 1992), pp. 9–47.

18. C. Peterson, S. F. Maier, and M. E. P. Seligman, *Learned Helplessness:*

A Theory for the Age of Personal Control (London: Oxford University Press, 1993).

19. L. Schreibman, W. M. Kaneko, and R. L. Koegel, "Positive Affect of Parents of Autistic Children: A Comparison Across Two Teaching Techniques," *Behavior Therapy*, 22 (1991): 479–490.
20. R. L. Koegel, A. Bimbela, and L. Schreibman, "Collateral Effects of Parent Training on Family Interactions," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (1996): 347–359.
21. See, for example, J. M. Lucyshyn, G. Dunlap, and R. W. Albin, eds., *Families and Positive Behavior Support: Addressing Problem Behavior in Family Contexts* (Baltimore: P. H. Brookes, 2002).
22. R. L. Koegel, L. K. Koegel, and A. Surratt, "Language Intervention and Disruptive Behavior in Preschool Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22 (1992): 141–153; R. L. Koegel, M. O'Dell, and G. Dunlap, "Producing Speech Use in Nonverbal Autistic Children by Reinforcing Attempts," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18 (1988): 525–538.

(7)

1. S. I. Greenspan and S. Wieder, *The Child with Special Needs* (Reading, Mass.: Perseus Books, 1998), p. 2.
2. National Research Council, *Educating Children with Autism*, Committee on Educational Interventions for Children with Autism, C. Lord and J. P. McGee, eds. Division of Behavioral and Social Sciences and Education (Washington, D.C.: National Academy Press, 2001), p. 168.
3. Greenspan and Wieder, *The Child with Special Needs*.
4. Ibid.
5. Ibid.
6. Letter from a parent, quoted in G. B. Mesibov, "Formal and Informal Measures on the Effectiveness of the TEACCH Programme," *Autism*, 1 (1997): 32.
7. National Research Council, *Educating Children with Autism*, pp. 169–170.
8. G. B. Mesibov and V. Shea, "The Culture of Autism: From Theoretical Understanding to Education Practice" (1998), *http://www.rmple.co.uk/eduweb/sites/autism/culture.html*.
9. E. Schopler, G. B. Mesibov, and A. Baker, "Evaluation of Treatment for

Autistic Children and Their Parents," *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 21 (1982): 262–267.
10. S. Ozonoff and K. Cathcart, "Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 28 (1998): 25–32.
11. S. M. Edelson and B. Rimland, eds., *Treating Autism: Parent Stories of Hope and Success* (San Diego: Autism Research Institute, 2003), p. 60.
12. S. M. Edelson and B. Rimland, *The Efficacy of Auditory Integration Training: Summaries and Critiques of 28 Reports* (San Diego: Autism Research Institute, 2001), p. 15.
13. National Research Council, *Educating Children with Autism,* p. 100.
14. *The ASHA Leader,* August 2003, p. 3.
15. A. Stehli, *The Sound of a Miracle: A Child's Triumph over Autism* (New York: Doubleday, 1991).
16. S. Bettison, "The Long-Term Effects of Auditory Training on Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 26 (1996): 361–374.
17. S. M. Edelson, "What I Would Do If I Were a Parent of An Autistic Child: Recommendations Based on 25 Years of Research Experience," in Edelson and Rimland, eds., *Treating Autism,* p. 76.
18. B. Siegel, *The World of the Autistic Child* (New York: Oxford University Press, 1996), p. 331.
19. J. Ayres, "Improving Academic Scores Through Sensory Integration," *Journal of Learning Disabilities,* 5 (1972): 338–343.
20. D. Doggett, "A Very Tough Kid," in Edelson and Rimland, eds., *Treating Autism,* pp. 137–151.
21. G. T. Baranek, "Efficacy of Sensory and Motor Interventions for Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 5 (2002): 397–422.
22. Edelson and Rimland, *Treating Autism,* p. 148.
23. National Research Council, *Educating Children with Autism,* p. 130.
24. J. Coplan, M. C. Souders, A. E. Mulberg, et al., "Children with Autistic Spectrum Disorders. II: Parents Are Unable to Distinguish Secretin from Placebo under Double-Blind Conditions," *Archives of Disease in Childhood,* 88 (2003): 739.
25. K. Horvath, G. Stefanatos, K. N. Sokolski, et al., "Improved Social and Language Skills after Secretin Administration in Patients with Autistic

Spectrum Disorders," *Journal of the Association for Academic Minority Physicians*, 9 (1998): 9–15.
26. D. McLellan, "Andrew Awakes," *Ladies' Home Journal*, vol. 116 (October 1999), pp. 162–166.
27. Coplan, Souders, Mulberg, et al., "Children with Autistic Spectrum Disorders: II.
28. B. Rimland, "Vitamin B6 (and Magnesium) in the Treatment of Autism," reprinted in Edelson and Rimland, eds., *Treating Autism*, p. 25.
29. C. Nye and A. Brice, "Combined Vitamin B6-Magnesium Treatment in Autism Spectrum Disorder," abstract, *Cochrane Review*, vol. 4, Cochrane Library (Oxford: Update Software, 2003).
30. S. Cohen, *Targeting Autism: What We Know, Don't Know, and Can Do to Help Young Children with Autism and Related Disorders* (Berkeley: University of California Press, 1998).
31. Ibid.
32. B. Rimland, "The History of the Autism Research Institute and the Defeat Autism Now! (DAN!) Project," in Edelson and Rimland, eds., *Treating Autism*, p. 22.
33. T. L. Whitman, *The Development of Autism: A Self-regulatory Perspective* (London: Jessica Kingsley, 2004), p. 221; New York State Department of Health Early Intervention Program, *Clinical Practice Guideline: The Guideline Technical Report—Autism/Pervasive Developmental Disorders Assessment and Intervention for Young Children (0–3 Years)* (Albany: New York State Department of Health Early Intervention Program, 1999).
34. R. Shattock, "Can Dietary Intervention Be Used Successfully as a Therapy in Autism?" in *Conference Proceedings: Psychological Perspectives in Autism* (Sunderland: University of Sunderland, Autism Research Unit, 1995), pp. 203–206.
35. C. Black, J. A. Kaye, and H. Jick, "Relation of Childhood Gastrointestinal Disorders to Autism: Nested Case-Control Study Using Data from the UK General Practice Research Database," *British Medical Journal*, 325 (2002): 419–421.
36. S. Lucarelli, T. Frediani, A. M. Zingoni, et al., "Food Allergy and Infantile Autism," *Panminerva Medicine*, 37 (1995): 137–141; A. Knivsberg, K. L. Reichelt, N. Nodland, and T. Hoien, "Autistic Syndromes and Diet: A Follow-up Study," *Scandinavian Journal of Educational Research*, 39 (1995): 223–236.
37. National Research Council, *Educating Children with Autism*, p. 128.

38. F. R. Volkmar, "Pharmacological Interventions in Autism: Theoretical and Practical Issues," *Journal of Clinical Child Psychology,* 30 (2001): 80–87; H. W. M. Kwok,, "Psychopharmacology in Autism Spectrum Disorders," *Current Opinion in Psychiatry,* 16 (2003): 529–534.

(8)

1. B. Siegel, *The World of the Autistic Child: Understanding and Treating Autistic Spectrum Disorders* (New York: Oxford University Press, 1996).
2. A. M. Donnellan, Introduction, in P. Haskew and A. M. Donnellan, *Emotional Maturity and Well-Being: Psychological Lessons of Facilitated Communication* (Madison, Wisc.: DRI Press, 1993), p. v.
3. J. Randi, "Secrets of the Psychics." *Nova,* Public Broadcasting System, WGBH-TV, Boston, 1993.
4. D. Biklen, *Communication Unbound: How Facilitated Communication Is Challenging Traditional Views of Autism and Ability/Disability* (New York: Teachers College Press, 1993), p. 17.
5. G. Green and H. Shane, "Science, Reason, and Facilitated Communication," *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps,* 19 (1994): 164.
6. D. Biklen, "Facts about Facilitated Communication," Syracuse University Web site, 2004.
7. *60 Minutes,* CBS News, February 20, 1994.
8. *Prime Time Live,* ABC News, January 23, 1992.
9. For some early examples of these studies, see S. Bligh and P. Kupperman, "Evaluation Procedure for Determining the Source of the Communication in Facilitated Communication Accepted in a Court Case," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 23 (1993): 553–557; A. Hudson, B. Melita, and N. Arnold, "Assessing the Validity of Facilitated Communication: A Case Study," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 23 (1993): 165–173; H. C. Shane and K. Kearns, "An Examination of the Role of the Facilitator in Facilitated Communication," *American Journal of Speech and Language Pathology,* 50 (1994): 750–765.
10. See, for example, M. P. Mostert, "Facilitated Communication Since 1995: A Review," *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 31 (2001): 287–313.
11. Haskew and Donnellan, *Emotional Maturity and Well-Being,* p. 13.

12. Ibid., p. 14.
13. H. C. Shane, "Letters to the Editor: The Dark Side of Facilitated Communication," *Topics in Language Disorders*, 13 (1993): ix–xv.
14. R. Pollak, *The Creation of Dr. B.: A Biography of Bruno Bettelheim* (New York: Simon and Schuster, 1997), p. 180.
15. National Institute of Mental Health, Research Task Force, *Research in the Service of Mental Health* (Rockville, Md., 1975), p. 207.
16. T. Smith, "Are Other Treatments Effective?" in C. Maurice, G. Green, and S. Luce, eds., *Behavioral Intervention for Young Children with Autism: A Manual for Parents and Professionals* (Austin: Pro-Ed, 1996), p. 52.
17. B. Bettelheim, *The Empty Fortress* (New York: Free Press, 1967).
18. National Institute of Mental Health, *Research in the Service of Mental Health* (1975).
19. M. G. Welch, *Holding Time* (New York: Simon and Schuster, 1988).
20. B. N. Kaufman, *Son-Rise* (New York: Harper and Row, 1976).
21. "Options" Web site, *www.son-rise.org*.
22. Ibid.
23. Siegel, *The World of the Autistic Child*.
24. Ibid.

(9)

1. O. I. Lovaas, "Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1987): 3–9.
2. J. J. McEachin, T. Smith, and O. I. Lovaas, "Long-Term Outcome for Children with Autism Who Received Early Intensive Behavioral Treatment," *American Journal on Mental Retardation*, 97 (1993): 359–372.
3. For critiques, see F. M. Grisham and D. L. MacMillan, "Early Intervention Project: Can Its Claims Be Substantiated and Its Effects Replicated?" *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1998): 5–13, and E. Schopler, A. Short, and G. Mesibov, "Relation of Behavioral Treatment to 'Normal Functioning': Comment on Lovaas," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1989): 162–164.
4. Schopler, Short, and Mesibov, "Relation of Behavioral Treatment to 'Normal Functioning.'"

5. F. M. Gresham and D. L. MacMillan, "Denial and Defensiveness in the Place of Fact and Reason: Rejoinder to Smith and Lovaas," *Behavioral Disorders*, 22 (1997): 219–230.
6. S. J. Rogers, "Empirically Supported Comprehensive Treatments for Young Children with Autism," *Journal of Clinical Child Psychology. Special Issue: Empirically Supported Psychosocial Interventions for Children*, 27 (1998): 168–179.
7. O. I. Lovaas, "The Development of a Treatment-Research Project for Developmentally Disabled and Autistic Children," *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26 (1993): 617–630; T. Smith and O. I. Lovaas, "The UCLA Young Autism Project: A Reply to Gresham and MacMillan," *Behavioral Disorders*, 22 (1997): 202–218; McEachin, Smith, and Lovaas, "Long-Term Outcome for Children with Autism."
8. C. Maurice, *Let Me Hear Your Voice: A Family's Triumph over Autism* (New York: Ballentine, 1993).
9. Autism Society of America, Web site: *http://www.autism-society.org* (2003).
10. S. J. Sheinkopf and B. Siegel, "Home Based Behavioral Treatment of Young Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1998): 15–23.
11. G. G. McGee, M. J. Morrier, and T. Daly, "An Incidental Teaching Approach to Early Intervention for Toddlers with Autism," *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24 (1999): 133–146.
12. See, for example, McGee, Morrier, and Daly, "An Incidental Teaching Approach."
13. D. J. Delprato, "Comparisons of Discrete-Trial and Normalized Behavioral Intervention for Young Children with Autism," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (2001): 315–325.
14. A. W. Grossman, J. D. Churchill, B. C. McKinney, et al., "Experience Effects on Brain Development: Possible Contributions to Psychopathology," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44 (2003): 33–63.
15. M. R. Sherer and L. Schreibman, "Individual Behavioral Profiles and Predictors of Treatment Effectiveness for Children with Autism," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (2005) .
16. L. Schreibman, A. C. Stahmer, and V. Cestone, "Turning Treatment Nonresponders into Treatment Responders: Development of Individualized Treatment Protocols for Children with Autism," paper delivered

at the International Meeting for Autism Research, San Diego, November 2001.

17. M. T. Sullivan, "Communicative Functions of Echolalia in Children with Autism: Assessment and Treatment," *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (2003): 4948.
18. B. M. Prizant and P. J. Rydell, "Analysis of Functions of Delayed Echolalia in Autistic Children," *Journal of Speech and Hearing Research*, 27 (1984): 183–192.
19. C. T. Sundberg and M. L. Sundberg, "Comparing Topography-Based Verbal Behavior with Stimulus Selection-Based Verbal Behavior," *Analysis of Verbal Behavior*, 8 (1990): 31–41.
20. A. E. Anderson, "Augmentative Communication and Autism: A Comparison of Sign Language and the Picture Exchange Communication System," *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (2002): 4269.
21. A. Bondy and L. Frost, "The Picture Exchange Communication System," *Behavior Modification. Special Issue: Autism, Part 1*, 25 (2001): 725–744.
22. See, for example, C. Kiernan, "The Use of Nonvocal Communication Techniques with Autistic Individuals," *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 24 (1983): 339–375; A. S. Bondy and L. A. Frost, "The Picture Exchange Communication System," *Focus on Autistic Behavior*, 9 (1994): 1–19.
23. Anderson, "Augmentative Communication and Autism."

(10)

1. For reviews and discussion of this point, see J. A. Burack, R. Root, and E. Zigler, "Inclusive Education for Students with Autism: Reviewing Ideological, Empirical, and Community Considerations," in D. J. Cohen and F. R. Volkmar, eds., *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Second Edition* (New York: John Wiley and Sons, 1997), pp. 796–807; and B. Siegel, *The World of the Autistic Child* (New York: Oxford University Press, 1996).
2. See, for example, S. Stainback and W. Stainback, "Schools as Inclusive Communities," in S. Stainback and W. Stainback, eds., *Controversial Issues Confronting Special Education* (Boston: Allyn and Bacon, 1992), pp. 29–43.

3. M. J. Guralnick and J. M. Groom, "Effects of Social Setting on the Friendship Formation of Young Children Differing in Developmental Status," *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17 (1988): 625–651.
4. G. G. McGee, T. Paradis, and R. S. Feldman, "Free Effects of Integration on Levels of Autistic Behavior," *Topics in Early Childhood Special Education*, 13 (1993): 57–67.
5. N. J. Oke and L. Schreibman, "Training Social Initiations to a High-Functioning Autistic Child: Assessment of Collateral Change and Generalization in a Case Study," *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20 (1990): 479–497.
6. See P. S. Strain and M. Hoyson, "On the Need for Longitudinal, Intensive Social Skill Intervention: LEAP Follow-Up Outcomes for Children with Autism as a Case-in-Point," *Topics in Early Childhood Special Education*, 20 (2000): 116–122; P. S. Strain, G. G. McGee, and F. W. Kohler, "Inclusion of Children with Autism in Early Intervention Settings: An Examination of Rationale, Myths, and Procedures," in M. J. Guralnick, ed., *Early Childhood Inclusion: Focus on Change* (Baltimore: Brookes, 2001), pp. 337–364.
7. A. C. Stahmer and B. Ingersoll, "Inclusive Programming for Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Outcomes from the Children's Toddler School," *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6 (2004): 67–82.
8. Strain, McGee, and Kohler, "Inclusion of Children with Autism in Early Intervention Settings."



withe

المؤلفة في سطور

لورا شريبمان

* أستاذة علم النفس في جامعة كاليفورنيا - سان دييغو، منذ العام 1983م.
* حصلت على الدكتوراه من جامعة كاليفورنيا - لوس أنجلوس، في موضوع «تحليل سلوك وعلاج الأطفال التوحديين».
* اهتماماتها البحثية تشمل استراتيجيات التدخل السلوكي، تحليل حالات القصور في اللغة والانتباه، وتدريب أولياء الأمور.
* ألفت كتابين (إضافة إلى هذا الكتاب)، وأكثر من 140 مقالا بحثيا، وفصولا من كتب.
* تعمل مديرة لبرنامج أبحاث التوحد في جامعة كاليفورنيا - سان دييغو.

المترجمة في سطور

فاطمة سلامة عيَّاد

* حصلت على الليسانس من جامعة الكويت في العام 1980م.
* حصلت على الماجستير في الإرشاد النفسي من جامعة ميامي في العام 1987م.
* حصلت على الماجستير في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كاليفورنيا في العام 1989م.
* حصلت على الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كاليفورنيا في العام 1992م.
* تعمل حاليا في قسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت.
* عملت في لجان ذوي الاحتياجات الخاصة التابعة لوزارة التربية في الكويت.

* عملت مستشارة نفسية لدى مستشفى الطب النفسي (الكويت)، لمدة ثلاثة أعوام.
* عملت مستشارة إكلينيكية لدى مركز التدخل المبكر للأطفال المعاقين.
* لها مشاركات في أنشطة اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.



سلسلة عالَم المعرفة

«عالم المعرفة» سلسلة كتب ثقافية تصدر في مطلع كل شهر ميلادي عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - دولة الكويت - وقد صدر العدد الأول منها في شهر يناير العام 1978.

تهدف هذه السلسلة إلى تزويد القارئ بمادة جيدة من الثقافة تغطي جميع فروع المعرفة، وكذلك ربطه بأحدث التيارات الفكرية والثقافية المعاصرة. ومن الموضوعات التي تعالجها تأليفا وترجمة:

1 - الدراسات الإنسانية: تاريخ ـ فلسفة - أدب الرحلات - الدراسات الحضارية - تاريخ الأفكار.

2 - العلوم الاجتماعية: اجتماع - اقتصاد - سياسة - علم نفس - جغرافيا - تخطيط - دراسات استراتيجية - مستقبليات.

3 - الدراسات الأدبية واللغوية : الأدب العربي - الآداب العالمية - علم اللغة.

4 - الدراسات الفنية: علم الجمال وفلسفة الفن - المسرح - الموسيقى - الفنون التشكيلية والفنون الشعبية.

5 - الدراسات العلمية: تاريخ العلم وفلسفته، تبسيط العلوم الطبيعية (فيزياء، كيمياء، علم الحياة، فلك) ـ الرياضيات التطبيقية (مع الاهتمام بالجوانب الإنسانية لهذه العلوم)، والدراسات التكنولوجية.

أما بالنسبة إلى نشر الأعمال الإبداعية ـ المترجمة أو المؤلفة ـ من شعر وقصة ومسرحية، وكذلك الأعمال المتعلقة بشخصية واحدة بعينها فهذا أمر غير وارد في الوقت الحالي.

وتحرص سلسلة «عالم المعرفة» على أن تكون الأعمال المترجمة حديثة النشر.

وترحب السلسلة باقتراحات التأليف والترجمة المقدمة من المتخصصين، على ألا يزيد حجمها على 350 صفحة من القطع المتوسط، وأن تكون مصحوبة بنبذة وافية عن الكتاب وموضوعاته

وأهميتــه ومدى جدته. وفي حالة الترجمة ترســل نســخة مصورة من الكتاب بلغته الأصليــة، كما ترفق مذكرة بالفكرة العامة للكتاب، وكذلك يجب أن تدوّن أرقام صفحات الكتاب الأصلي المقابلة للنص المترجم على جانب الصفحة المترجمة، والسلســلة لا يمكنها النظر في أي ترجمة ما لم تكن مستوفية لهذا الشــرط. **والمجلس غير ملزم بإعادة المخطوطات والكتب الأجنبية في حالة الاعتذار عن عدم نشرها**. وفي جميع الحالات ينبغي إرفاق ســيرة ذاتية لمقترح الكتاب تتضمن البيانات الرئيســية عن نشاطه العلمي السابق.

وفــي حال الموافقة والتعاقد على الموضوع ـ المؤلف أو المترجم ـ تصرف مكافأة للمؤلف مقدارها ألف وخمســمائة دينار كويتي، وللمترجم مكافأة بمعدل عشــرين فلســا عن الكلمــة الواحدة في النــص الأجنبي، أو ألف ومائتي دينار أيهما أكثر (وبحد أقصى مقداره ألف وستمائة دينار كويتي)، بالإضافة إلى مائة وخمســين دينــارا كويتيا مقابل تقــديم المخطوطــة ـ المؤلفـة والمترجمـة ـ من نسختين مطبوعتين.



على القراء الذين يرغبون في استدراك ما فاتهم من إصدارات المجلس التي نشرت بدءا من سبتمبر 1991، أن يطلبوها من الموزعين المعتمدين في البلدان العربية:

الكويت:
شركة المجموعة الكويتية للنشر والتوزيع
الشويخ - المنطقة التجارية الحرة - شارع الموفنبيك - مبنى D14 - الدور الأول
ص. ب 29126 - الرمز البريدي 13150
ت: 24613535 - فاكس 24613536

الإمارات:
شركة الإمارات للطباعة والنشر والتوزيع
دبي، ت: 97142666115 - فاكس: 2666126
ص. ب 60499 دبي

السعودية:
الشركة السعودية للتوزيع
الإدارة العامة - شارع الملك فهد (الستين سابقا) - ص. ب 13195 - جدة 21493 ت 6530909 - فاكس 6533191

سورية:
المؤسسة العربية السورية لتوزيع المطبوعات
سورية - دمشق ص. ب 12035 (9631)
ت 2127797 ـ فاكس 2122532

مصر:
دار الأخبار
6 ش الصحافة ـ الجلاء ـ القاهرة
ت 0020225806400 - فاكس 0020225782632

المغرب:
الشركة العربية الأفريقية للتوزيع والنشر والصحافة (سبريس)
70 زنقة سجلماسة الدار البيضاء
ت 22249200 ـ فاكس 22249214 (212)

تونس:
الشركة التونسية للصحافة - تونس - ص. ب 4422
ت 322499 ـ فاكس 323004 (21671)

لبنان:
شركة الشرق الأوسط للتوزيع
ص. ب 11/6400 بيروت 11001/2220
ت 487999 ـ فاكس 488882 (9611)

اليمن:
القائد للتوزيع والنشر - ص. ب 3084

الأردن:
وكالة التوزيع الأردنية
عمان ص. ب 375 عمان - 11118
ت 5358855 ـ فاكس 5337733 (9626)

البحرين:
مؤسسة الهلال لتوزيع الصحف
ص. ب 224/ المنامة - البحرين
ت 294000 - فاكس 290580 (973)

عُمان:
المتحدة لخدمة وسائل الإعلام
مسقط ص. ب 3305 - روي
الرمز البريدي 112
ت 700896 و788344 ـ فاكس 706512

قطر:
دار الشرق للطباعة والنشر والتوزيع
الدوحة ص. ب 3488 - قطر
ت 4661695 ـ فاكس (974) 4661865

فلسطين:
وكالة الشرق الأوسط للتوزيع
القدس/ شارع صلاح الدين 19 - ص. ب 19098 ت 2343954 - فاكس 2343955

السودان:
مركز الدراسات السودانية
الخرطوم ص. ب 1441 ـ ت 488631 (24911)
فاكس 362159 (24913)

نيويورك:
MEDIA MARKETING RESEARCHING
25 - 2551 SI AVENUE LONG ISLAND CITY
NY - 11101 TEL: 4725488 FAX: 1718 - 4725493

لندن:
UNIVERSAL PRESS & MARKETING LIMITED
POWER ROAD. LONDON W 4SPY.
TEL: 020 8742 3344 - FAX: 2081421280

تنويــه

للاطــلاع على قائمــة كتب السلســلة انظر عدد ديســمبر (كانون الأول) من كل ســنة، حيث توجد قائمة كاملة بأســماء الكتب المنشورة في السلسلة منذ يناير 1978.

قسيمة اشتراك في إصدارات
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

البيان	سلسلة عالم المعرفة		الثقافة العالمية		عالم الفكر		إبداعات عالمية		جريدة الفنون	
	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار
مؤسسات داخل الكويت	25		12		12		20		12	
أفراد داخل الكويت	15		6		6		10		8	
مؤسسات دول الخليج العربي	30		16		16		24			36
أفراد دول الخليج العربي	17		8		8		12			24
مؤسسات خارج الوطن العربي		100		50		40		100		48
أفراد خارج الوطن العربي		50		25		20		50		36
مؤسسات في الوطن العربي		50		30		20		50		36
أفراد في الوطن العربي		25		15		10		25		24

الرجاء ملء البيانات في حالة رغبتكم في: تسجيل اشتراك ☐ تجديد اشتراك ☐

الاسم:	
العنوان:	
اسم المطبوعة:	مدة الاشتراك:
المبلغ المرسل:	نقدا / شيك رقم:
التوقيع:	التاريخ: / / 20م

تسدد الاشتراكات والمبيعات مقدما نقدا أو بشيك باسم المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، مع مراعاة سداد عمولة البنك المحول عليه المبلغ في الكويت، ويرسل إلينا بالبريد المسجل.

المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب
ص. ب 23996 الصفاة - الرمزي البريدي 13100
دولة الكويت
بدالة: 22416006 (00965) - داخلي: 196/ 195/ 194/ 153/193/ 152



هذا الكتاب

يتناول هذا الكتاب اضطراب «التوحد» الذي يمثل تحديا للمهتمين بمجال ذوي الاحتياجات الخاصة، من علماء ومربين وأولياء أمور وغيرهم. والكتاب يتضمن عشرة فصول، يتناول كل منها موضوعا من الموضوعات الخاصة بالتوحد، من التطور التاريخي لمفهوم التوحد وتاريخ التعرف عليه، بوصفه تشخيصا مستقلا، والنظريات المختلفة التي حاولت تفسير التوحد، مثل النظرية النفسية والنظرية البيولوجية الوراثية والنظرية البيئية، مفندا إياها ومبينا الجوانب الإيجابية والسلبية في كل منها.

ويتحدث الكتاب أيضا عن الأعراض والمعايير الأساسية التي يمكن أن يُستَند إليها في تشخيص التوحد، بالإضافة إلى الأساليب العلاجية المقترحة لهذا الاضطراب ومدى كفاءتها، والنقاش الدائر حولها بين مؤيد ومعارض.

ويتميز الكتاب بعرضه كثيرا من الأمثلة العملية والواقعية وتجارب أولياء الأمور، وبتقديمه تفسيرا لبعض الأعراض التي مازالت محل جدل في الأوساط العلمية والشعبية. كما أنه يمتاز - أيضا - بلغة سهلة ومبسطة يمكن لغير المختصين فهمها والاستفادة منها، خصوصا أن اضطراب التوحد، من حيث المفهوم، يعتبر اضطرابا حديثا. ومن هنا، ولأن الكم الثقافي والأدبي الذي تناول موضوع التوحد يعتبر محدودا، يمكن لهذا الكتاب أن يسد - ولو جزئيا - النقص في هذا المجال، لاسيما أن علاج التوحد وبحث أسبابه مازالا مجالين مفتوحين لكثير من الاجتهادات حتى يومنا هذا، وذلك نتيجة للفروق الفردية بين المصابين، واختلاف وجهات النظر بين الباحثين. ويبقى الباب مفتوحا لبعض الأخطاء.

ISBN 978 - 99906 - 0 - 313 - 2
رقم الإيداع (2010/197)